

31^o CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE



BARI, 13-15 MAGGIO 2010

SI PREGA DI CONSERVARE UNA COPIA DELLA PRESENTE SCHEDA

SCHEDA DI ISCRIZIONE DA INVIARE + COPIA DEL PAGAMENTO VIA FAX AL N. 0521 29 13 14

Cognome _____ Nome _____
 indirizzo _____
 CAP _____ Città _____ Stato _____
 Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
 Codice fiscale _____ Telefono _____
 Fax _____ Cellulare _____
 E-mail _____

<input type="checkbox"/> SOCIO S.I.C.P. con rinnovo quota 2010	<input type="checkbox"/> entro il 31/12/09 GRATUITO cena sociale non inclusa	<input type="checkbox"/> dopo il 31/12/09 € 150
<input type="checkbox"/> NON SOCIO S.I.C.P.	ENTRO IL 16/04/10 € 300,00	DOPO IL 16/04/10 € 400,00
<input type="checkbox"/> Tecnici della riabilitazione - Tecnici ortopedici	€ 150,00	€ 200,00
<input type="checkbox"/> Specializzando - cena sociale non inclusa (con documento di iscrizione alla scuola di Specializzazione)	€ 100,00	€ 100,00

SCHEDA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA DA INVIARE ENTRO IL 16/04/2010

Prego riservare a mio nome, arrivo il _____ e partenza il _____
 N° _____ camera DUS € 155 N° _____ camera Doppia € 175

Inviare il totale delle notti prenotate più E 18,00 di diritti di agenzia per ogni camera prenotata.

CENA E PROGRAMMA SOCIALE

n° _____ Cena Sociale 14/5/10 € 65,00 a persona incluso transfer Desidero riservare n. _____ posti per il programma sociale riservato agli accompagnatori (ven 14/05/10 € 55,00, sabato 15 € 20,00)

SOMMARIO

Iscrizione € _____ Cena sociale per n. _____ partecipanti € _____

Hotel (tutte le notti) € _____ Diritti di agenzia € 18,00 per ogni camera prenotata € _____

Programma sociale per n. _____ partecipanti € _____ Nome partecipante _____

Inviare pertanto la somma di € _____ tramite:

Assegno bancario o Vaglia postale intestato a Medicina Viva Servizio Congressi spa Via Marchesi 26/d - 43126 Parma (specificare nella causale Iscrizione/Prenotazione Hotel Nome-Cognome COD. 1107)

Bonifico sul conto Carisbo Agenzia Parco Ducale Parma IBAN IT 40 V 06385 12701 07401840369H intestato a Medicina Viva spa (specificare nella causale Iscrizione/Prenotazione Hotel Nome-Cognome COD. 1107)

Rinunce e disdette: i pagamenti eseguiti anteriormente alla data del Congresso sono effettuati a titolo di caparra, pertanto eventuali rinunce e/o disdette pervenute per iscritto alla segreteria entro il **16 aprile 2010** comporteranno una restituzione del 70% dell'importo versato, oltre tale data la caparra verrà trattenuta per intero.

DETTAGLI PER LA FATTURAZIONE

Per le fatture intestate ad Ente Pubblico si richiede una lettera di autorizzazione firmata dal rappresentante dell'Ente (ex. Art. 10 DPR 633/72, art. 14 comma 10 L. 537/93)

Ragione sociale _____

Indirizzo _____ CAP _____

Città _____ P.IVA _____

Cod. Fiscale _____ e-mail aziendale _____

Ai sensi del D.lgs n. 196/03 si informa che i Suoi dati personali saranno trattati, con l'utilizzo anche di strumenti elettronici, per finalità connesse allo svolgimento dell'evento. Il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario, la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle prestazioni richieste. I Suoi dati saranno trattati da personale incaricato (addetti di amministrazione e di segreteria), e potranno essere comunicati a soggetti ai quali la comunicazione risulti necessaria per legge, al Ministero della Salute ai fini ECM, a soggetti connessi allo svolgimento dei servizi relativi all'evento (es hotel, agenzia di viaggio etc, ed alla Società SICP). Prevo consenso, i suddetti dati potranno essere utilizzati anche per informarLa dei nostri futuri eventi. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/2003 in particolare, il diritto di accedere ai Suoi dati personali, chiederne rettifica, aggiornamento e/o cancellazione, rivolgendo richiesta al responsabile per il riscontro all'interessato, Dott. Franco Aiello. Il titolare è Medicina Viva Servizio Congressi S.p.A Via Marchesi 26/d, 43126 Parma.

Consenso al trattamento dei dati personali acconsento non acconsento

Consenso all'invio tramite e-mail o fax di materiale informativo acconsento non acconsento

Data..... Firma