

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Spedire o inviare via fax a: **IS Servizi**

Piazzale di Val Fiorita, 3 - 00144 Roma - Tel. 065919418 - Fax 065912007 - formazione@is-servizi.it

GIORNATA DI STUDIO SU

INFEZIONI NOSOCOMIALI INTERAPIA INTENSIVA.

Risultati del progetto SPIN-UTI e prospettive
per la prevenzione e la ricerca

ROMA, 13 Settembre 2010

QUOTA DI ISCRIZIONE

Soci SITI	Non soci SITI
<input type="checkbox"/> Gratuito⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> e 50,00⁽²⁾ + IVA (e60,00)

⁽¹⁾ La quota gratuita è riservata ai soci SITI in regola con il pagamento della quota associativa per l'anno 2010 (allegare attestazione di pagamento).

⁽²⁾ Se la quota è a carico di un Ente pubblico, la fattura è esente da IVA (Art. 10, comma 20, DPR 633/72)
LA QUOTA SI SINTENDE AL NETTO DI OGNI SPESA

Cognome _____

Nome _____

⁽³⁾Luogo e data di nascita _____

⁽³⁾Codice fiscale _____

⁽³⁾Professione _____

⁽³⁾Disciplina _____

Indirizzo abitazione _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

Tel. _____ Cell _____

⁽⁴⁾e-mail _____

Ente di appartenenza _____

Servizio _____

Qualifica _____

Indirizzo sede di lavoro _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

⁽⁴⁾Dati essenziali ai fini dell'accreditamento ECM

⁽⁴⁾Si raccomanda l'inserimento corretto dell'e-mail per le comunicazioni inerenti la partecipazione al Convegno

LA RICEVUTA/FATTURA DEVE ESSERE INTESATA A: (da compilare se diverso dall'iscritto)

Indicare l'Ente o il nome e cognome _____

Indirizzo _____ Città _____ Cap _____ Prov _____

Partita IVA _____

Codice fiscale _____

e inviata all'attenzione di _____ e-mail _____

RISERVATO AI SOLI ENTI PUBBLICI

Richiesta di esenzione IVA (art. 14 comma 10 L. 24/12/93 n. 537)

Gli Enti Pubblici che desiderino richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota d'iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne specifica richiesta barrando e apponendo il proprio timbro nell'apposito spazio. Non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro.

Timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA

CONDIZIONI

- La quota dovuta è quella prevista alla data del pagamento e si intende al netto di ogni spesa.
- La quota gratuita è riservata ai Soci SITI in regola con il pagamento della quota associativa per l'anno 2010 (allegare attestazione di pagamento). In ogni altro caso la quota dovuta è quella intera.
- Per ogni controversia sarà competente il Foro di Roma.
- Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, Iniziative Sanitarie srl informa che i dati personali forniti ai fini della presente iscrizione saranno trattati, con modalità cartacee ed informatizzate per le finalità connesse alla partecipazione al Congresso. I dati forniti a IS Servizi non verranno comunicati ad altri soggetti, ad eccezione del Ministero della Salute ai fini dell'ottenimento dei crediti ECM. Il titolare del trattamento dei dati è IS Servizi che ha sede in Roma, P.le di Val Fiorita, 3. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a IS Servizi srl per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003.
- IS Servizi desidera tenerla aggiornata sulle proprie attività, formative o editoriali. Qualora non desideri ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative La preghiamo di barrare la casella qui accanto

Data _____

Firma _____

(Per specifica accettazione delle Condizioni punti 1,2,3,4,5)

MODALITÀ DI PAGAMENTO (ALLEGARE ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO)

Bonifico bancario su c/c intestato a: IS Servizi - Banco di Brescia IBAN IT12M0350003212000000030000

Addebito di e _____ su carta di credito: VISA MASTERCARD CARTASI

N. Carta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

scadenza ____ / ____ Intestata a _____ N. Codice di sicurezza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
(Per VISA e MASTERCARD le ultime 3 cifre stampate sul retro della carta di credito)

Il sottoscritto autorizza Iniziative Sanitarie ad addebitare l'importo sopra indicato.

Data _____

Firma _____