

SCHEDA DI ISCRIZIONE

LE PATOLOGIE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI A 360°
22 ottobre 2022, Villa Maria Francavilla al Mare (CH)

Dati anagrafici

NOME E COGNOME _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____ CITTÀ _____

CAP _____ PROV _____

E-MAIL _____

TEL _____ CELL _____

Data _____ Firma _____

Profilo Professionale

MEDICO - CHIRURGIA GENERALE, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, MEDICINA DELLO SPORT, MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE, MEDICINA GENERALE, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, RADIODIAGNOSTICA, REUMATOLOGIA

FISIOTERAPISTA

INFERMIERE

TECNICO ORTOPEDICO

Tipo di impiego

<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> CONVENZIONATO	<input type="checkbox"/> PRIVO DI OCCUPAZIONE
--	-------------------------------------	--	---

ISCRIZIONE ALBO N. _____
Ordine/Collegio/Associazione Professionale

QUOTE DI ISCRIZIONE STANDARD

REGISTRAZIONE	
Medico (Chirurgia generale, Continuità assistenziale, Medicina dello sport, Medicina fisica e riabilitazione, Medicina generale, Ortopedia e traumatologia, Radiodiagnostica, Reumatologia)	<input type="checkbox"/> € 122,00 (€ 100,00 + IVA)
Fisioterapista, Infermiere, Tecnico Ortopedico	<input type="checkbox"/> € 85,40 (€ 70,00 + IVA)

QUOTE DI ISCRIZIONE SOCI SICSEg

SOCI SIGSEg	Sconto del 30% su tutte le quote di iscrizione a chi dimostra di essere socio SICSEg
Medico (Chirurgia generale, Continuità assistenziale, Medicina dello sport, Medicina fisica e riabilitazione, Medicina generale, Ortopedia e traumatologia, Radiodiagnostica, Reumatologia)	<input type="checkbox"/> € 85,40 (€ 70,00 + IVA)
Fisioterapista, Infermiere, Tecnico Ortopedico	<input type="checkbox"/> € 61,00 (€ 50,00 + IVA)

QUOTE ISCRIZIONE – LEGENDA

Le quote includono la partecipazione ai lavori scientifici, Kit Congressuale, servizi ristorativi e attestato di partecipazione.

ESENZIONE IVA

La quota di iscrizione in esenzione IVA può essere concessa solo ed esclusivamente ad un Ente Pubblico per l'aggiornamento e riqualificazione del personale in carica (Legge 573/93 art. 14 co. 10, ai sensi dell'art. 10 del DPR 633/72).

I partecipanti che ne hanno diritto devono far inviare dal proprio Ente di appartenenza esplicita richiesta con indicazione del nominativo del proprio dipendente iscritto, unitamente alla suddetta documentazione:

- Esatta intestazione dell' Ente con indirizzo e relativa Partita Iva
- Codice Univoco Ufficio
- Codice CIG/CUP (se previsti)
- Dati relativi all'Ordine di Acquisto o codice Prenotazione (se previsti)

IMPORTANTE: IN ASSENZA DI APPOSITA DOCUMENTAZIONE L'ISCRIZIONE NON SI INTENDE PERFEZIONATA. NON SARÀ POSSIBILE RICHIEDERE IL RIMBORSO DELL'IVA A PAGAMENTO AVVENUTO E/O FATTURA EMESSA.

Partecipazione Sponsorizzata SI * NO

NOME AZIENDA SPONSOR _____

* Se la partecipazione è sponsorizzata, allegare alla scheda di iscrizione l'invito dell'azienda da Lei controfirmato.

Modalità di Pagamento

Indicare il metodo di pagamento prescelto (tutti i pagamenti devono essere effettuati in euro e per l'esatto importo della quota di iscrizione):

Bonifico Bancario intestato a **Congredior s.r.l.**

UNICREDIT SPA - IBAN: IT 82 0 02008 02619 000103637413 (SWIFT-code UNCRITM1Q10)

Causale: "Nome e Cognome del Partecipante – LE PATOLOGIE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI A 360°- 22 ottobre 2022, Villa Maria Francavilla al Mare"

Copia del bonifico deve essere inviata unitamente al modulo di iscrizione

Cancellazioni

Le cancellazioni non sono consentite. È sempre possibile sostituire il partecipante registrato, purché ciò sia comunicato alla Segreteria Organizzativa entro il 01/09/2022.

Dati per la fatturazione

La fattura dovrà essere intestata a: Partecipante Altro Soggetto (In questo caso compilare i dati di seguito richiesti)

Ragione Sociale o Cognome e Nome _____

Partita IVA _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Città _____

Prov. _____ CAP _____ Tel _____

Email _____

Codice destinatario o indirizzo Pec (Posta Elettronica Certificata) _____

I dati forniti sono necessari ai fini dell'iscrizione e della dettagliata documentazione. Il trattamento dei dati è effettuata, oltre che per le finalità sopradette, anche per l'invio di future informazioni su tematiche scientifiche e didattiche. Si manifesta altresì il proprio consenso ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/03 e dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/79 (GDPR 2016/679).

Data _____ **Firma** _____

Si manifesta il proprio consenso all'utilizzo dei dati forniti per l'iscrizione ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/03. Il trattamento dei dati è effettuato, oltre che per le finalità sopradette, anche per l'invio di future informazioni su tematiche scientifiche e didattiche, nonché per la trasmissione delle schede informative annuali finalizzate all'analisi del fabbisogno formativo. La sua collaborazione ci consentirà un'offerta formativa che tenga conto delle singole necessità degli operatori sanitari