

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Focus on: LE PATOLOGIE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI
18 maggio 2024, Grand Hotel Baia Verde, Acicastello (CT)

Dati anagrafici

NOME E COGNOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____ CITTÀ _____

CAP _____ PROV _____

E-MAIL _____

TEL _____ CELL _____

Data _____ Firma _____

Profilo Professionale

MEDICO _____

FISIOTERAPISTA

MASSOFISIOTERAPISTA

TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA

TECNICO ORTOPEDICO

SPECIALIZZANDO/STUDENTE

Tipo di impiego

LIBERO
PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

PRIVO DI
OCCUPAZIONE

ISCRIZIONE ALBO N. _____

Ordine/Collegio/Associazione Professionale

QUOTE DI ISCRIZIONE STANDARD

REGISTRAZIONE	Fino al 15 marzo	Dal 16 marzo al 15 aprile	Dal 16 aprile al 10 maggio	Dall' 11 maggio ed in sede
Medico chirurgo (Ortopedia e traumatologia; Radiodiagnostica; Medicina fisica e riabilitazione; Reumatologia; Chirurgia Generale; Medicina Generale (MMG), Patologia Clinica, Medicina Legale, Medicina Interna, Medicina dello Sport; Neurochirurgia; Neurofisiopatologia)	□ 100€	□ 130€	□ 150€	□ 180€
Fisioterapista, Massofisioterapista, Tecnico di Radiologia Medica, Tecnico Ortopedico	□ 80€	□ 110€	□ 130€	□ 160€
Studente/Specializzando	□ 60€	□ 80€	□ 90€	□ 120€

QUOTE D'ISCRIZIONE Società Patrocinanti (SICSEG, SIAGASCOT, ASOTO)

REGISTRAZIONE	Dal 16 marzo al 15 aprile	Dal 16 aprile al 10 maggio	Dall' 11 maggio ed in sede
Medico chirurgo (Ortopedia e traumatologia; Radiodiagnostica; Medicina fisica e riabilitazione; Reumatologia; Chirurgia Generale; Medicina Generale (MMG), Patologia Clinica, Medicina Legale, Medicina Interna, Medicina dello Sport; Neurochirurgia; Neurofisiopatologia)	□ 104€	□ 120€	□ 144€
Fisioterapista, Massofisioterapista, Tecnico di Radiologia Medica, Tecnico Ortopedico	□ 88€	□ 104€	□ 128€
Studente/Specializzando	□ 64€	□ 72€	□ 96€

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 – Focus on: LE PATOLOGIE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI - 18 maggio 2024, Grand Hotel Baia Verde, Acicastello (CT)**"

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