

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Cognome	Nome	Ospedale/Istituto		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo Ospedale/Istituto		CAP	Città	Prov.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo Privato		CAP	Città	Prov.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel	Cell	Fax	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Luogo e data di nascita	Codice Fiscale/P.IVA	Professione	Disciplina	

QUOTE DI ISCRIZIONE (IVA 22% INCLUSA) si prega di barrare la categoria scelta

	Entro il 15/12/2016	Dopo il 15/12/2016
MEDICO (socio SID)	<input type="checkbox"/> € 420,00	<input type="checkbox"/> € 500,00
MEDICO (non socio SID)	<input type="checkbox"/> € 840,00	<input type="checkbox"/> € 1.000,00
MEDICO (socio SID)* Quota giornaliera	<input type="checkbox"/> € 150,00	<input type="checkbox"/> € 200,00
MEDICO (non socio SID)* Quota giornaliera	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 400,00
MEDICO UNDER 35** (socio SID)	<input type="checkbox"/> € 100,00	<input type="checkbox"/> € 120,00
MEDICO UNDER 35** (non socio SID)	<input type="checkbox"/> € 200,00	<input type="checkbox"/> € 240,00
MEDICO SPECIALIZZANDO *** (socio SID)	<input type="checkbox"/> Gratuita	<input type="checkbox"/> Gratuita
NON MEDICO (non socio SID)	<input type="checkbox"/> € 240,00	<input type="checkbox"/> € 300,00
NON MEDICO (socio SID) ***	<input type="checkbox"/> Gratuita	<input type="checkbox"/> Gratuita
BORSISTA, ASSEGNISTA, DOTTORANDO UNDER 35** (socio SID)***	<input type="checkbox"/> Gratuita	<input type="checkbox"/> Gratuita
DIETISTA, INFERMIERE, PODOLOGO (socio SID)***	<input type="checkbox"/> Gratuita	<input type="checkbox"/> Gratuita
SPONSOR/ESPOSITORE	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 300,00

* Le quote giornaliere non sono cumulabili

** Per usufruire della quota UNDER 35 è necessario allegare copia del documento di identità unitamente alla scheda di iscrizione.

*** Per usufruire della gratuità è necessaria l'iscrizione alla SID: per gli specializzandi la quota ridotta è di € 10,00 annui. Per i NON MEDICI, dottorandi, assegnisti e borsisti se UNDER 35 è di € 35,00 annui.

ANNULLAMENTI E RIMBORSI

Gli annullamenti delle iscrizioni individuali comunicati per iscritto entro il 12 febbraio 2017 daranno diritto al rimborso del 70% della quota versata. Dopo tale data nessun rimborso sarà previsto. Eventuali rimborsi verranno effettuati dopo il Congresso.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario al netto di spese bancarie intestato a I&C srl, presso Banca di Bologna - Fil. Di Bologna Andrea Costa, Via A. Costa 77/b
IBAN: IT98 A 08883 02407 033000330090
Swift Code - BIC: BDBOIT21BOA
Si prega di indicare la causale del versamento e di allegare la copia del bonifico alla scheda di iscrizione

Carta di credito VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS

Nome del possessore

Numero della carta (16 cifre)

CODICE CVV2 (3 cifre)

Data di scadenza (mm/aa)

Importo prelievo €

Firma per autorizzazione

DATI PER LA FATTURAZIONE obbligatori

Nome e cognome/Ragione sociale

Codice Fiscale

Partita IVA

Via

Cap

Città

Prov

Eventuale esenzione IVA (in caso di Ente Pubblico)
ai sensi della legge n. _____ del _____

Da compilare e inviare alla segreteria organizzativa
I&C srl - Via Andrea Costa, 202/6 - 40134 Bologna
Fax 051/6142772 - e-mail: panoramad2017@iec-srl.it

Si autorizza il trattamento e la diffusione dei dati personali sopra indicati nel rispetto dei principi e delle disposizioni di cui all'art. 10 della legge n. 675/1996 e del Dgl. n. 196/2003.

Data

Firma