

PANORAMA DIABETE

FORUM MULTIDISCIPLINARE E MULTIDIMENSIONALE

RICCIONE, 18-21 OTTOBRE 2015
PALAZZO DEI CONGRESSI



Cognome	Nome	Ospedale/Istituto	
Indirizzo Ospedale/Istituto	CAP	Città	Prov.
Indirizzo Privato	CAP	Città	Prov.
Tel	Cell	Fax	E-mail
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 20/07/2015	Dopo il 20/07/2015
MEDICO (socio SID)	☐ € 400,00	☐ € 484,00
MEDICO (non socio SID)	☐ € 600,00	☐ € 684,00
MEDICO (socio SID)* Quota giornaliera	☐ € 150,00	☐ € 180,00
MEDICO (non socio SID)* Quota giornaliera	☐ € 200,00	☐ € 250,00
MEDICO UNDER 35** (socio SID)	☐ € 100,00	☐ € 120,00
MEDICO UNDER 35** (non socio SID)	☐ € 150,00	☐ € 180,00
MEDICO SPECIALIZZANDO *** (socio SID)	☐ Gratuito	☐ Gratuito
NON MEDICO (socio SID)	☐ € 120,00	☐ € 150,00
NON MEDICO (non socio SID)	☐ € 150,00	☐ € 180,00
SPONSOR/ESPOSITORE	☐ € 270,00	☐ € 270,00

* 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 alla quota ridotta di € 10,00 annui. L'iscrizione potrà essere effettuata direttamente in sede congressuale esibendo il certificato di iscrizione alla Scuola di Specializzazione per l'anno corrente.

Il materiale congressuale verrà consegnato in loco previa esibizione dell'iscrizione alla SID.

ANNULLAMENTI E RIMBORSI

Gli annullamenti delle iscrizioni individuali comunicati per iscritto entro il 13 settembre 2015 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: panoramad2015@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