



1° CAMPUS DI RIABILITAZIONE VASCOLARE
Bologna, 3-5 marzo 2006

Modulo di RICHIESTA ESENZIONE IVA

Gli enti pubblici che desiderano richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota di iscrizione per i propri dipendenti devono farne richiesta SPECIFICANDO L'ARTICOLO DI LEGGE APPLICABILE ed apponendo il proprio timbro nello spazio sottostante. Non sono fiscalmente riconosciute le richieste senza timbro. Non è possibile richiedere il rimborso dell'IVA e l'emissione di eventuali note di accredito a pagamento già avvenuto.

Il modulo compilato deve essere inviato, insieme alla ricevuta di pagamento, alla Segreteria Organizzativa al fax 051 226855 entro il 31 marzo 2006 (oltre tale data sarà possibile iscriversi SOLO in sede congressuale)

(si prega di compilare in modo leggibile TUTTI i campi applicabili)

Nome _____ Cognome _____

Ente richiedente _____

Indirizzo _____ n° _____ CAP _____

Città _____ PROV _____ Partita _____
IVA _____

Articolo applicabile _____

Timbro _____

QUOTE DI ISCRIZIONE ESENTI DA IVA

Barrare la categoria scelta			Entro il 27/01/2006	Oltre il 27/01/2006 e in sede congressuale
	Medici e Laureati	<i>Sessione Plenaria</i>	€ 100,00	€ 216,67
	Medici e Laureati	<i>Sessione Plenaria + Corso di Diagnostica Vascolare</i>	€ 166,67	€ 208,33
	Infermieri e Fisioterapisti	<i>Sessione Plenaria</i>	€ 66,67	€ 108,33
	Infermieri e Fisioterapisti	<i>Sessione Plenaria + 1 Workshop</i>	€ 125,00	€ 166,67
	Studenti e Specializzandi*	<i>Sessione Plenaria</i>	€ 50,00	€ 75,00
	Studenti e Specializzandi*	<i>Sessione Plenaria + 1 Workshop</i>	€ 83,33	€ 108,33
	Altre figure professionali (laureati in Scienze Motorie, ISEF)*	<i>Sessione Plenaria</i>	€ 50,00	€ 75,00
	Altre figure professionali (laureati in Scienze Motorie, ISEF)*	<i>Sessione Plenaria + Workshop "Riabilitazione e post-riabilitazione in acqua"</i>	€ 83,33	€ 108,33

(*) Dovranno inviare un documento che certifichi la loro qualifica al numero di fax 051 226855

I Suoi dati sono trattati nel rispetto della normativa privacy vigente (liceità, trasparenza e correttezza) in forma anche automatizzata al solo fine di prestare i servizi che comprendono le operazioni di fatturazione dell'iscrizione all'evento. Titolare del trattamento è OSC Healthcare srl. Potrà esercitare i diritti dell'art. 7 del D.LGS. n. 196/03 (accesso, correzione, integrazione, opposizione, cancellazione) rivolgendosi al titolare del trattamento o al responsabile nominato (Dottor Domenico Tiso) direttamente presso la sede del titolare a mezzo fax o telefono. I Suoi dati saranno trattati da incaricati preposti alla gestione dei quesiti, al marketing e potranno essere comunicati a società che collaborano con OSC Healthcare srl per le medesime finalità CONSENSO EX ART. 23 DEL D.LGS. N. 196/03.

Firma del partecipante _____ Data _____