



CORSO DI AGGIORNAMENTO PER INFERMIERI

IL RISK MANAGEMENT dalla cartella clinica agli
strumenti, dall'ambulatorio alla sala operatoria

Bologna, 6 maggio 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 21 Aprile 2006.

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

Nome _____ Cognome _____

Ente richiedente _____

Indirizzo _____ n° _____ CAP _____

Città _____ PROV _____ Partita IVA _____

Articolo applicabile _____

Timbro _____

QUOTE DI ISCRIZIONE al CORSO Esenzione IVA

categoria	quota
<input type="checkbox"/> Infermieri Professionisti e Tecnici	€ 91,67
<input type="checkbox"/> Studenti Corso di Laurea per Infermieri*	€ 33,34
<input type="checkbox"/> Dipendenti Az. USL di Bologna*	€ 50

(*) Dovranno allegare alla scheda di iscrizione un documento che certifichi la loro qualifica

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 _____