

Da compilare ed inviare via Fax al nr: 051 226855

Cognome.....Nome.....

Indirizzo.....CAP.....Città.....Prov.....

Tel.....Fax.....Cell.....Email.....

CF.....P.IVA¹.....

Ente di appartenenza.....Città.....Prov.....

CATEGORIA: MEDICO CHIRURGO DIETISTA PSICOLOGO BIOLOGO



Intestare la fattura a.....

CF².....P.IVA².....

Indirizzo.....Città.....CAP.....

| | Entro il 15 settembre 2009 | Dopo il 15 settembre 2009 |
|--|-----------------------------------|---|
| Soci ANSISA (IVA inclusa) In regola con la quota 2009 | <input type="checkbox"/> € 100,00 | <input type="checkbox"/> € 130,00 |
| Per i Soci in regola con le quote al 30/6/2009 è prevista la <u>partecipazione gratuita</u> ad <u>un</u> evento 2009. Riservato alle prime 20 richieste che perverranno alla Segreteria | | <input type="checkbox"/> Partecipazione gratuita con obbligo di registrazione |
| Non Soci ANSISA (IVA inclusa) | <input type="checkbox"/> € 180,00 | <input type="checkbox"/> € 210,00 |
| *Quote riservate agli Enti Pubblici | Entro il 15 settembre 2009 | Dopo il 15 settembre 2009 |
| Soci ANSISA (IVA esclusa) | <input type="checkbox"/> € 83,33 | <input type="checkbox"/> € 108,33 |
| Non Soci ANSISA (IVA esclusa) | <input type="checkbox"/> € 150,00 | <input type="checkbox"/> € 175,00 |

| | |
|--|---|
| *Riservato alle sole AZIENDE OSPEDALIERE: richiesta di esenzione IVA (art. 10 comma 20 D.P.R. 633/72): Per la richiesta di esenzione IVA sul pagamento della sola quota d'iscrizione di dipendenti gli Enti sono tenuti a farne specifica richiesta barrando e apponendo il proprio timbro nello spazio di seguito riportato. Non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro. Non è possibile richiedere il rimborso dell'IVA e l'emissione di eventuali note di accredito a pagamento già avvenuto. | Azienda Ospedaliera richiedente: |
| | Timbro dell'Azienda Ospedaliera: |

Modalità di pagamento della quota di iscrizione : barrare modalità prescelta

CARTA DI CREDITO VISA o MASTERCARD

Il sottoscritto.....autorizza l'addebito di € su carta di credito VISA MASTERCARD

numero.....CV2intestata a.....scadenza (MM/AA).....

Data..... Firma.....

CONTO CORRENTE POSTALE (spese bancarie a carico del partecipante), conto n. 46611281 - intestato a OSC HEALTHCARE SRL - causale versamento Convegno ANSISA - Busto Arsizio (specificare i cognomi/nomi delle persone iscritte)

BONIFICO BANCARIO (spese bancarie a carico del partecipante), intestazione conto OSC HEALTHCARE SRL - Cassa di Risparmio di Bologna - filiale n. 9, P.zza Cavour - IBAN IT71 W063 8502 4090 7400 0252 82A - causale versamento Convegno ANSISA - Busto Arsizio (specificare i cognomi/nomi delle persone iscritte).

NB. Termini e Cancellazione

Il Convegno è a numero chiuso riservato a n. **160 persone**. Termine ultimo per le iscrizioni presso la Segreteria Organizzativa entro le ore 24.00 di venerdì 9 ottobre 2009. Dopo tale data sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale, previa verifica presso OSC Healthcare Srl della disponibilità dei posti. Non è previsto alcun rimborso per cancellazioni d'iscrizioni. Eventuali sostituzioni potranno essere effettuate per iscritto entro il 9 ottobre 2009 oppure direttamente in sede. Non saranno accettate iscrizioni prive di firma e della copia del pagamento.

Privacy
Informativa ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n° 196": tutti i dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, al fine di documentare la partecipazione a congressi, eventi, meeting, manifestazioni in genere organizzati da OSC Healthcare Srl e a trattamenti derivanti da obblighi di legge. Essi saranno comunicati a fornitori e soggetti diversi che concorrono o partecipano a vario titolo alla manifestazione, nonché alle competenti Autorità secondo le prescrizioni di Legge. Il conferimento dati, a tali fini, è obbligatorio ed essenziale per la partecipazione al Congresso o Manifestazione. Titolare dei dati è OSC Healthcare Srl - Via Santo Stefano 6 - 40125 Bologna. A Lei competono tutti i diritti previsti dal Titolo II del D. Lgs 30/06/2003 n° 196. La firma apposta sulla "Scheda di Iscrizione" e/o sulla "Scheda di Prenotazione Alberghiera" costituisce presa d'atto della presente Informativa e dei diritti di cui sopra e consente il trattamento dei dati personali e la loro comunicazione per le finalità sopra indicate.

DATA.....

FIRMA.....