

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilare ed inviare alla Segreteria Organizzativa
entro il 5 settembre 2005
OSC Healthcare srl - Via Santo Stefano 6 - 40125 Bologna
Tel 051 224232 - Fax 051 226855 - e-mail info@osc Bologna.com



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

Nome _____ Cognome _____

Ente di Appartenenza _____

Indirizzo Ente _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Tel. Lavoro _____ Fax Lavoro _____

e-mail lavoro _____ Cell. _____

Indirizzo Abitazione _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Tel. Abitazione _____ Fax Abitazione _____

e-mail Abitazione _____ Cell. _____

Dati Obbligatori ai fini ECM

Titolo _____ Disciplina/Specializzazione _____

Anno di Laurea _____ Tess. ord. Medici n° _____ Emesso dall'ordine prov. _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA inclusa): € 200,00

Dati per la fatturazione (obbligatoria)

Fatturare a _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____

Partita IVA _____ Codice Fiscale _____

Richieste di 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.

Ente Richiedente _____

Articolo applicabile _____ Timbro _____

(segue)

Modalità di pagamento dell'iscrizione

Il pagamento, da inviarsi unitamente alla scheda di iscrizione, dovrà essere effettuato tramite:

- Assegno circolare o bancario NON TRASFERIBILE intestato a: OSC Healthcare Srl, Via Santo Stefano 6, 40125 Bologna
- Allegando copia della contabile bancaria di bonifico effettuato a favore di OSC Healthcare Srl - CONGRESSO AISP (c/o Carisbo Ag. 9, codici: Cin W, ABI 06385, CAB 02409, c/c 07400025282A), specificando il cognome degli iscritti; commissioni bancarie a carico del committente
- Utilizzando una carta di credito CartaSI, Visa o Mastercard

Numero carta (16 cifre) _____ Scad. _____
(mm/aa) _____

Intestata a _____

Autorizzo l'addebito di € _____ per l'iscrizione al XXIX Congr. AISP

Firma dell'intestatario _____ Data _____

Cancellazioni

In caso di rinuncia comunicata per iscritto entro il 15 agosto 2005 la quota sarà rimborsata con una trattenuta di € 20,00 per spese amministrative. Non verrà effettuato alcun rimborso per rinunce comunicate oltre tale data.

I Suoi dati sono trattati nel rispetto della normativa vigente (liceità, trasparenza e correttezza) in forma anche automatizzata al solo fine di prestare i servizi che comprendono:

- informazione sulle iniziative di OSC Healthcare Srl
- studi e ricerche statistiche e di mercato
- predisposizione del registro dei collegamenti
- informazione sui corsi di formazione ECM e convegni
- informazioni su pubblicazioni scientifiche

con modalità strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia, non potremo dare corso all'iscrizione. 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. 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

Letta l'informativa acconsento al trattamento dei dati personali per le iniziative ed i servizi sopra esposti:

Firma _____ Data _____

ACCETTAZIONE

Dichiaro di aver letto, compreso e di accettare quanto disposto nella presente scheda

Firma _____ Data _____