



# 1° CAMPUS DI RIABILITAZIONE VASCOLARE

## Bologna, 3-5 marzo 2006

### SCHEMA DI ISCRIZIONE esenzione IVA

Scheda da compilare ed inviare alla Segreteria Organizzativa entro il 13 febbraio 2006, oltre tale data sarà possibile iscriversi SOLO in sede congressuale

OSC Healthcare srl  
Via Santo Stefano 6 – 40125 Bologna  
Tel 051 224232 – Fax 051 226855  
e-mail: [denisesanti@oscbologna.com](mailto:denisesanti@oscbologna.com)

#### 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	€ 150
	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 + I Workshop</i>	€ 125,00	€ 166,67
	Studenti e Specializzandi*	<i>Sessione Plenaria</i>	€ 50,00	€ 75,00
	Studenti e Specializzandi*	<i>Sessione Plenaria + I 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

**Ci si può iscrivere ad un solo Workshop. Per richieste particolare contattare la Segreteria Organizzativa**

#### INDICARE IL WORKSHOP SCELTO \_\_\_\_\_

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

#### DATI ANAGRAFICI

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo residenza \_\_\_\_\_

Città di residenza \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### DATI ENTE

Ente di Appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo Ente \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Anno di Laurea \_\_\_\_\_ Tesserino ord. medici n. \_\_\_\_\_

Emesso dall'ordine Provinciale di \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_

Specializzazione in \_\_\_\_\_



# 1° CAMPUS DI RIABILITAZIONE VASCOLARE

## Bologna, 3-5 marzo 2006

### PERNOTTAMENTO

Successivamente alla Vostra prenotazione, sarete ricontattati al più presto dalla segreteria organizzativa per informazioni inerenti le disponibilità degli alberghi al momento dell'iscrizione.

**Categoria albergo per il pernottamento** (*barrare la categoria di interesse*)

<b>CATEGORIA</b>	<b>SINGOLA</b>	<b>DUS</b>	<b>DOPPIA</b>	<b>Costo di una notte + diritto fisso</b>	
Hotel 4 stelle	--	€ 138	€ 148	<input type="checkbox"/> Dus	€ 153
				<input type="checkbox"/> Doppia	€ 163
-----					
Hotel 3 stelle	--	€ 95	€ 110	<input type="checkbox"/> Dus	€ 110
				<input type="checkbox"/> Doppia	€ 125

Data di arrivo \_\_\_\_\_ Data di partenza \_\_\_\_\_

N. notti \_\_\_\_\_

Nel caso di camera doppia indicare nome e cognome dell'accompagnatore

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

### SCHEDA 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, in tutte le sue pagine, 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). Le schede incomplete non verranno prese in considerazione.

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

### INSERIRE I DATI PER LA FATTURAZIONE

Ente richiedente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Partita Iva \_\_\_\_\_ Articolo applicabile \_\_\_\_\_

Timbro Ente \_\_\_\_\_

Firma del partecipante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



# 1° CAMPUS DI RIABILITAZIONE VASCOLARE

## Bologna, 3-5 marzo 2006

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

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

bonifico bancario effettuato a favore di OSC Healthcare Srl presso CARISBO, Filiale n. 9

Piazza Cavour, c/c 07400025282A, ABI 06385, CAB 02409, CIN W, specificando in causale il nome e cognome dell'iscritto/i e "Iscrizione Campus Riabilitazione". Commissioni bancarie a carico del committente.

(nel caso si effettui un unico pagamento per il Campus ed il pernottamento indicare "Iscrizione + pernottamento al Campus Riabilitazione")

conto corrente postale n. 46611281 intestato a OSC Healthcare srl, specificando in causale il nome della persona che si iscrive e "Campus Riabilitazione".

carta di credito: MASTERCARD - VISA

Numero carta (16 cifre) \_\_\_\_\_

Scadenza (mm/aa) \_\_\_\_\_

Intestata a \_\_\_\_\_

Autorizzo l'addebito di € \_\_\_\_\_

per iscrizione Campus

per iscrizione + pernottamento Campus

Firma dell'intestatario \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### CANCELLAZIONI

In caso di rinuncia al Campus Riabilitazione comunicata per iscritto entro il 13 Febbraio 2006 la quota sarà rimborsata con una trattenuta di € 20,00 per spese amministrative. Non verrà effettuato alcun rimborso per rinunce comunicate oltre tale data.

In caso di cancellazione della prenotazione alberghiera entro il 13 Febbraio 2006 verrà rimborsato l'intero importo del soggiorno meno il diritto fisso. Per cancellazioni pervenute oltre tale data non ci sarà alcun rimborso.

Firma dell'intestatario \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

La informiamo che i dati personali le saranno richiesti al fine di offrirle i servizi che comprendono: Informazioni sulle iniziative di OSC Healthcare, informazioni e risultati su studi osservazionali, ricerche statistiche e di mercato; predisposizione registro dei collegamenti; informazioni e inviti su corsi di formazione ECM e convegni scientifici; informazioni e materiale informativo su pubblicazioni scientifiche; informazione e materiale informativo su farmaci, presidi, integratori e alimenti. Il trattamento verrà effettuato da responsabili e incaricati del trattamento designati in conformità a quanto previsto dall'art. 29 e 30 del D. Lgs. 196/03; con e senza l'ausilio di strumenti elettronici; nel pieno rispetto delle misure minime di sicurezza. Il conferimento dei dati personali di cui sopra è facoltativo, tuttavia, in caso di suo rifiuto, non sarà possibile dare corso all'iscrizione o alla attività che le è stata proposta; i dati personali di cui sopra non saranno diffusi e verranno comunicati a soggetti esterni a OSC Healthcare s.r.l., debitamente autorizzati ed istruiti, qualora ciò risulti strettamente necessario per il completamento del trattamento o a soggetti terzi che, per le finalità di cui sopra, collaborano come partner scientifici o commerciali con OSC Healthcare s.r.l.; il titolare del trattamento è OSC Healthcare S.r.l., in persona del Legale Rappresentante pro-tempore, Signor Pietro Forni, con sede in via Santo Stefano n. 6, Cap 40125, Bologna, tel. 051/224232; il responsabile del trattamento designato è il MD Dr. Domenico Tiso, reperibile presso la sede del titolare; relativamente ai dati personali di cui sopra Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03, il cui testo Le verrà fornito in copia all'atto del conferimento dei dati, con richiesta rivolta al titolare o al responsabile del trattamento presso la sede di OSC Healthcare s.r.l.

#### Consenso, ex art. 13 del d.lgs 196/03.

Letta l'informativa, presto espresso consenso al trattamento dei miei dati personali, per le finalità e con le modalità sopra indicate.

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

#### Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti.

1.L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2.L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3.L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rileva impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4.L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.