

5° CONVEGNO IL Monitoraggio in Chirurgia Vascolare Bologna, 4-6 maggio 2006

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Scheda da compilare ed inviare alla
Segreteria Organizzativa entro il 21 aprile
2006.

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

QUOTE DI ISCRIZIONE al CORSO

	Socio, SICVE, SIAPAV, GIUV	Non Socio	Specializzandi, Soci SPIGC, medici sotto i 30 anni**
<input type="checkbox"/> Convegno	€ 220	€ 250	€110 include Convegno SPIGC
<input type="checkbox"/> 1 Corso *	€ 50	€ 70	€ 50
<input type="checkbox"/> Convegno+1 Corso*	€ 250	€ 290	€ 130
<input type="checkbox"/> Convegno SPIGC	€ 50	€ 60	€ 50

(*) I Corsi di formazione pratica sono a numero chiuso e verranno accettate le prime iscrizioni pervenute in ordine di tempo
(**) Dovranno allegare all'iscrizione un documento che certifichi la loro qualifica. La quota di iscrizione include anche la partecipazione al convegno SPIGC

*Si prega di contrassegnare il Corso al quale ci si iscrive:

- Indicazione, metodologia, materiali e simulazione virtuale della PTA-stenting dei TSA, delle renali e delle arterie degli arti inferiori
- La NIRS nel distretto cerebrale e negli arti inferiori: metodologia, indicazioni, interpretazione dei dati, applicazioni pratiche e virtuali
- La TcPO₂ nelle arteriopatie e flebopatie degli arti inferiori: metodologia, indicazioni, interpretazione dei dati, applicazioni pratiche e virtuali

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

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 _____

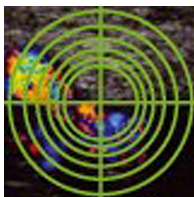
Indirizzo Ente _____

Città _____ PROV _____ CAP _____

Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____

e-mail _____ @ _____

Specializzazione in _____



5° CONVEGNO IL Monitoraggio in Chirurgia Vascolare Bologna, 4-6 maggio 2006

SCHEDA PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Sono state riservate camere nella sede congressuale e in hotel di diverse categorie nelle vicinanze della sede e nel centro storico della città. Le camere verranno assegnate in base all'ordine di ricevimento delle prenotazioni e saranno confermate dalla Segreteria Organizzativa attraverso l'invio del voucher. Nel caso in cui l'hotel prescelto abbia esaurito le camere, sarà proposta una stanza presso un altro hotel di pari categoria.

Le tariffe si intendono al netto per camera, trattamento B&B.

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

CATEGORIA	SINGOLA	DUS	DOPPIA	Costo di una notte + diritto fisso
Hotel A **** Sede congressuale	€ 82	€ 89	€ 99	<input type="checkbox"/> Singola € 97 <input type="checkbox"/> DUS € 104 <input type="checkbox"/> Doppia € 114
Hotel B ****	€ 95	€ 110	€ 150	<input type="checkbox"/> Singola € 110 <input type="checkbox"/> DUS € 125 <input type="checkbox"/> Doppia € 165
Hotel C ***	€ 73	€ 90	€ 90	<input type="checkbox"/> Singola € 88 <input type="checkbox"/> DUS € 105 <input type="checkbox"/> Doppia € 105
Hotel D ***	€ 95	€ 120	€ 150	<input type="checkbox"/> Singola € 110 <input type="checkbox"/> DUS € 135 <input type="checkbox"/> Doppia € 165

Data di arrivo _____ Data di partenza _____ N. notti _____

Le prenotazioni alberghiere dovranno pervenire alla Segreteria Organizzativa entro il 21 aprile 2006 complete del pagamento dell'intero importo del soggiorno più €15 di spese di diritto fisso e di prenotazione alberghiera. Dopo tale data le richieste saranno evase in ragione della disponibilità residua.

DATI PER LA FATTURAZIONE

(si prega di compilare in modo leggibile TUTTI i campi anche se l'iscrizione è a carico del partecipante)

INSERIRE I DATI PER LA FATTURAZIONE

Fatturare a _____

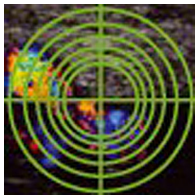
Indirizzo _____

Città _____ PROV _____ CAP _____

Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____

Partita Iva _____ C.F. _____

Firma del partecipante _____ Data _____



5° CONVEGNO IL Monitoraggio in Chirurgia Vascolare Bologna, 4-6 maggio 2006

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 21 aprile 2006. Le schede incomplete non verranno prese in considerazione.

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 Monitoraggio Chirurgia Vascolare". Commissioni bancarie a carico del committente.
(nel caso si effettui un unico pagamento per il Corso ed il pernottamento indicare "Iscrizione Monitoraggio Chirurgia Vascolare + pernottamento")
- conto corrente postale** n. 46611281 intestato a OSC Healthcare srl, specificando in causale il nome della persona che si iscrive e "Iscrizione Monitoraggio Chirurgia Vascolare".

carta di credito: MASTERCARD - VISA

Numero carta (16 cifre) _____

Scadenza (mm/aa) _____

Intestata a _____

Autorizzo l'addebito di € _____ per iscrizione Congresso

per iscrizione Congresso+pernottamento

Firma dell'intestatario _____ Data _____

CANCELLAZIONI

In caso di rinuncia al Congresso o cancellazione della prenotazione alberghiera comunicata per iscritto entro il 21 aprile 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.

Firma dell'intestatario _____ Data _____

Informativa sulla privacy

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 rivela 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, ancorché 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.