



4° CONVEGNO

22-24 APRILE 2004
BOLOGNA, OSPEDALE MAGGIORE

IL MONITORAGGIO IN CHIRURGIA VASCOLARE

SCHEDA DI ISCRIZIONE

I dati richiesti sono obbligatori ai fini del programma E.C.M.

DATI PER L'ISCRIZIONE

Nome _____ Cognome _____

Titolo di studio _____ Specializzazione _____

Istituto/Ospedale di appartenenza _____

Indirizzo Istituto/Ospedale _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ Cell. _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione sociale/Nome e Cognome _____

Codice Fiscale o Partita Iva (obbligatoria se esistente) _____

Indirizzo Fiscale _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge sulla privacy 675 del 31.12.96

Data _____ Firma _____

Da compilare ed inviare alla Segreteria Organizzativa,
unitamente alla quota d'iscrizione

entro il 5 Aprile 2004

OSC Bologna

Via S. Stefano, 6 - 40125 Bologna - Fax 051-226855 - Tel. 051-224232
info@oscbologna.com

QUOTE DI ISCRIZIONE PER IL CONGRESSO E I CORSI DI FORMAZIONE

| QUOTE DI ISCRIZIONE (IVA INCLUSA) | CONGRESSO | CORSI DI FORMAZIONE PRATICA (contrassegnare il Corso di Formazione richiesto) | CONGRESSO E CORSI (contrassegnare il Corso di Formazione richiesto) |
|--|-----------------------------------|--|---|
| Soci SIDV, SICVE, SIAPAV | <input type="checkbox"/> € 200,00 | <input type="checkbox"/> € 50,00 | <input type="checkbox"/> € 240,00 |
| Non Soci | <input type="checkbox"/> € 230,00 | <input type="checkbox"/> € 70,00 | <input type="checkbox"/> € 270,00 |
| Specializzandi, soci SPIGC e medici sotto i 30 anni** | <input type="checkbox"/> € 100,00 | <input type="checkbox"/> € 50,00 | <input type="checkbox"/> € 110,00 |

(*) I Corsi di Formazione pratica sono a numero chiuso e verranno accettate le prime iscrizioni pervenute in ordine di tempo.

Desidero partecipare al seguente Corso di Formazione:

- Corso di Formazione TCPO₂
 Corso di Formazione Ecodoppler TSA
 Corso di Formazione NIRS Cerebrale
 Corso di Formazione NIRS Arti inferiori

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

MODALITA' DI PAGAMENTO DELL'ISCRIZIONE

Il pagamento, da inviarsi unitamente alla scheda di iscrizione **entro il 5 Aprile 2004**, potrà essere effettuato tramite:

- assegno circolare o bancario non trasferibile intestato a:
OSC BOLOGNA srl, Via Santo Stefano 6, 40125 Bologna
- bonifico bancario effettuato a favore di OSC BOLOGNA Srl presso CARISBO, Filiale n. 9 Piazza Cavour, c/c 07400025282A, ABI 06385, CAB 02409, CIN W, specificando il nome e l'indirizzo della/e persona/e che si iscrive/ono e il titolo del Congresso MONITORAGGIO IN CHIRURGIA VASCOLARE.
Commissioni bancarie a carico del committente
- Conto corrente postale n. 46611281 intestato a OSC BOLOGNA srl, specificando in causale Congresso MONITORAGGIO IN CHIRURGIA VASCOLARE
- carta di credito:

MASTERCARD VISA AMERICAN EXPRESS

Numero carta di credito _____

Data di scadenza _____ Titolare _____

Indirizzo privato del Titolare _____

Data e luogo di nascita del Titolare _____

CANCELLAZIONI

In caso di rinuncia comunicata per iscritto prima del 22 Marzo 2004, la quota sarà rimborsata con una trattenuta di € 15.00 per spese amministrative. Non verrà effettuato alcun rimborso per rinunce comunicate dopo tale data.

Data _____ Firma _____

Per l'emissione della fattura è necessario indicare sulla scheda d'iscrizione il Codice Fiscale o Partita I.V.A. (obbligatoria se esistente) e l'indirizzo fiscale corrispondente.

Non saranno accettate schede di iscrizione incomplete e non corredate della relativa quota.

Da compilare ed inviare alla Segreteria Organizzativa, unitamente alla quota d'iscrizione **entro il 5 Aprile 2004**

OSC Bologna Via S. Stefano, 6 - 40125 Bologna
Fax 051-226855 - Tel. 051-224232 - info@oscbologna.com