XVI CONGRESSO NAZIONALE SICP - Società Italiana di Cure Palliative
Lecce, 27/30 ottobre 2009

SCHEDA DI ISCRIZIONE - Da compilare in stampatello e spedire unitamente al pagamento a:
OSC Healthcare Srl - Via Santo Stefano 6 - 40125 Bologna - Fax 051 226855 - info@oscbologna.com

Termine ultimo per le iscrizioni presso OSC Healthcare Srl entro e non oltre le ore 24,00 del 5 ottobre 2009.
Dopo tale data sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale. Tutte le iscrizioni saranno confermate per email.

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

Indirizzo Privato ..... CAP ..... Città ..... PROV. .....

Telefono Priv. ..... Fax Priv. ..... Cellulare .....

E-mail ..... Ospedale/Istituto/Associazione/Ente .....

Reparto ..... Ruolo .....

Indirizzo ..... CAP ..... Città ..... PROV. .....

Telefono ..... Fax .....

Da compilare, obbligatorio per tutti i Partecipanti: Intestare la fattura a .....

Codice Fiscale ..... P. IVA .....

Indirizzo ..... Città ..... CAP.....

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:

[1]Soci SICP - iva inclusa	Entro il 30/05/09	Entro il 31/08/09	Dopo il 31/08/09
Medici/Psicologi e altre Lauree di II Livello	❑ € 230,00	❑ € 260,00	❑ € 320,00
Infermieri/Fisioterapisti/ Infermieri Pediatrici	❑ € 80,00	❑ € 100,00	❑ € 150,00
[2]Studenti, specializzandi e Iscritti a master in Cure Palliative	❑ € 90,00	❑ € 110,00	❑ € 140,00
Non Soci SICP - iva inclusa			
Medici/Psicologi e altre Lauree di II Livello	❑ € 330,00	❑ € 360,00	❑ € 420,00
Infermieri/Fisioterapisti/ Infermieri Pediatrici	❑ € 130,00	❑ € 150,00	❑ € 200,00
[2]Studenti, specializzandi e Iscritti a master in Cure Palliative	❑ € 140,00	❑ € 150,00	❑ € 180,00
[3]Volontari ed Operatori del Non Profit - iva inclusa			
Partecipazione tutto il Congresso	❑ € 70,00	❑ € 90,00	❑ € 130,00
Solo giornata 29/10/09 del Non Profit	gratuito	gratuito	gratuito
[4]OSS (Operatori Socio Sanitari)/ Assistente Sanitario			
Partecipazione tutto il Congresso	❑ € 70,00	❑ € 90,00	❑ € 130,00

1) In regola con il versamento della quota associativa 2009 all'atto dell'iscrizione
2) Solo su invio per fax 051/226855 della dichiarazione di frequenza firmata dalla propria segreteria
3) Certificati dalla Federazione Cure Palliative: tel. 02 62694659 - fax 02 29011997 - *fedcp@tin.it*. Sono esclusi i professionisti, per i quali valgono le quote sopraindicate
4) Solo su invio per fax 051/226855 della copia dell'attestato del titolo di studio

Cena tipica - Giovedì 29 Ottobre ore 20.30 ❑ n. ..... persone € 45,00 cad. IVA inclusa

❑ ***Carta di credito*** ❑ VISA ❑ MASTERCARD

Il sottoscritto: ..... possessore della carta di credito n. | | | | | | | | | | | | | | | | |

codice di sicurezza CV2 (ultimi tre numeri sul retro della carta) | | | intestata a ..... scadenza (MM/AA) ...../.....

autorizza l'addebito di € ..... Data ..... Firma .....

❑ ***Bonifico Bancario - spese bancarie a carico del partecipante***

Si prega di inviare insieme alla presente "Scheda" la copia dell'avvenuto bonifico. Senza la copia del pagamento l'iscrizione non sarà considerata valida.
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: XVI Congresso Nazionale SICP (specificare i cognomi/nomi delle persone iscritte)

❑ ***Conto Corrente Postale – spese postali a carico del partecipante***

Si prega di inviare insieme alla presente "Scheda" la copia del bollettino postale. Senza la copia del pagamento l'iscrizione non sarà considerata valida.
Conto numero: 46611281 - ***Intestato a:*** OSC Healthcare srl - ***Causale versamento:*** XVI Congresso Nazionale SICP (specificare i cognomi/nomi delle persone iscritte)

Riepilogo di Pagamento

Quota di Iscrizione € _____

Cena Siciliana € _____

Totale Pagamento € _____

Data _____ Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n°196 sulla privacy con riferimento all'Informativa" inserita nel capitolo "Informazioni Generali" del Programma Avanzato del Congresso.