

Incontri clinico-radiologici di neuroscienze "Michela Bonamini" - X Edizione. Ponza (LT) 6 - 8 Giugno 2019 - Grand Hotel Santa Domitilla

SCHEDA DI ISCRIZIONE da restituire via fax o via mail alla segreteria organizzativa di A.C.M.E.

Dati anagrafici

Cognome _____ Nome _____
Cod. Fiscale _____ P.I. _____
Luogo di nascita _____ data di nascita _____
Indirizzo _____ CAP _____ Città _____
Cell. _____ Tel./Fax _____ E-mail _____

LIBERO PROFESSIONISTA **DIPENDENTE** **CONVENZIONATO** **PRIVO DI OCCUPAZIONE**
SPECIALISTA **SPECIALIZZANDO** **PROFESSIONE:** Medico chirurgo
DISCIPLINA: Endocrinologia Med. Fisica e riabilitativa Neurochirurgia Neurologia
Neuroradiologia Medicina Interna Ortopedia
ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI NUM. _____ **PROV.** _____

Quota di partecipazione

Iscrizione Specialisti **€200,00** Iscrizione Specialisti **Soci SIRM, AINR, SINCH, SIN €100,00**
 Iscrizione Specializzandi e studenti **€50,00**

Pernottamento: Hotel S. Domitilla DUS Standard **€ 135,00** DUS Classic **€ 155,00**

Si prega di prenotare n. _____ camera _____ presso L'Hotel _____ in _____ out _____ giugno 2019 (tot. n. _____ notte/i).

L'iscrizione al corso prevede:

Kit del congresso, partecipazione ai lavori scientifici per le giornate di giovedì 6, venerdì 7 e sabato 8 giugno 2019, attestato di partecipazione, ECM, visita guidata alle Cisterne Romane e cena sociale venerdì 8 giugno.

Le suddette quote si intendono al netto dell'I.V.A. 22%

TOTALE I.V.A. INCLUSA € _____

Data _____ Firma _____

Dati fatturazione

Ragione Sociale/Nome e Cognome _____

Cod. Fiscale _____ **P.I.** _____

Indirizzo _____ **CAP** _____ **Città** _____

Modalità di pagamento

BONIFICO BANCARIO intestato ad A.C.M.E. Srl di € _____ esente da spese bancarie.

Coordinate bancarie: BANCA POPOLARE DELL'EMILIA ROMAGNA IBAN **IT20Q0538775870000001273508**

N. B.: E' NECESSARIO INVIARE CONTABILE BANCARIA IN ACCOMPAGNAMENTO ALLA PRESENTE DOMANDA AL NUMERO DI FAX 06/85301311.

Data _____ Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. L.vo 196/2003 - Il trattamento dei dati personali che La riguardano viene svolto nell'ambito della banca dati elettronica del provider ecm n. 312 di A.C.M.E. Srl e nel rispetto di quanto stabilito dal D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui Le garantiamo la massima riservatezza, è effettuato all'unico fine della registrazione presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute della Sua partecipazione all'evento e dell'acquisizione dei corrispettivi crediti. I Suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi per nessun altro motivo oltre a quello esposto e per essi Lei potrà chiedere ai sensi dell'art. 7 del D. L.vo n. 196/2003, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'attenzione del Responsabile del provider ecm n. 312 di A.C.M.E. Srl

Segreteria organizzativa - Provider n.312:

A.C.M.E. Srl

Via Alessandria, 129 00198 Roma

Tel. 06 8554149 Fax 06 85301311

www.acmezone.it healthdivision@acmezone.it

