

Ordine dei Medici e Chirurghi e
Odontoiatri della Provincia di Nuoro



SCHEDA DI REGISTRAZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona.

Si prega di compilare in stampatello e inviare via fax o e-mail alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via Mameli 65 – 09124 Cagliari, al numero di fax +39 070 656263 – e-mail simonacasu@kassiopeagroup.com **scadenza prorogata al 30 settembre 2010**

INDIRIZZO DI LAVORO

Ruolo ¹

Cognome Nome

Codice Fiscale Luogo e data di nascita

Professione² Disciplina³

Tel. Cell. e-mail

Via

Città CAP Prov.

Istituto Ospedale Università Azienda Ente

Reparto Dipartimento Clinica U.O. Divisione

INDIRIZZO DOMICILIARE

Via

Città CAP Prov.

Tel. Fax* e-mail*

*Campi obbligatori al fine della spedizione della conferma della registrazione.

QUOTA DI ISCRIZIONE - € 250,00 (IVA inclusa)

La quota di registrazione dà diritto a: partecipazione alle sessioni scientifiche, attestato di partecipazione, crediti ECM, kit congressuale, colazioni di lavoro e coffee breaks.

CONFERMA DI ISCRIZIONE

La Segreteria Organizzativa, dopo aver ricevuto la scheda di registrazione al congresso e il relativo pagamento, invierà una comunicazione scritta di conferma dell'avvenuta iscrizione.

CANCELLAZIONI

La quota di iscrizione potrà essere rimborsata solo nel caso che la disdetta venga comunicata alla Segreteria Organizzativa per iscritto. I rimborsi saranno effettuati 60 giorni dopo la chiusura del congresso:
per coloro che hanno effettuato l'iscrizione entro il 15 settembre e cancellato entro il 25 settembre 2010 verrà rimborsato il 50 % dell'ammontare pagato.

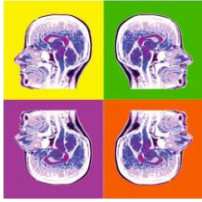
- Per cancellazioni ricevute dopo il 25 settembre 2010 non verrà effettuato nessun rimborso.



¹ Ruolo con cui si partecipa all'evento: P = Partecipante, D = Docente, T = Tutor, R = Relatore

² La professione esercitata deve essere riferita ad una delle professioni per le quali è obbligatoria l'ECM.

³ La disciplina va indicata solo nel caso di medici, veterinari, farmacisti, biologi, chimici e fisici ed è relativa alla disciplina in cui il professionista opera.



Ordine dei Medici e Chirurghi e
Odontoiatri della Provincia di Nuoro



MODALITA' DI PAGAMENTO

Bonifico bancario intestato a:

Kassiopea Group srl
UNICREDIT BANCA DI ROMA – L.go Carlo Felice, 27 - 09124 Cagliari, Italy
IBAN: IT 08 C 03002 04810 000010070053

Si prega di indicare il nome del partecipante e di specificare nella causale: registrazione all'evento "Su Gologone Symposia"
(si allega copia dell'ordine di bonifico)

Le spese bancarie sono a carico del partecipante.

Carta di credito

Prego prelevare l'importo di € 250,00 dalla mia carta di credito

- VISA
 CARTASI
 MASTERCARD

Intestatario della carta

Cognome

Nome

N° carta

Data scadenza

Firma

FATTURAZIONE*

Intestazione della fattura

*Indirizzo fiscale **Via/P.zza**

Città

CAP

PV

*Codice Fiscale

*Partita IVA (obbligatoria se esistente)

*La mancata comunicazione dei dati necessari per la fatturazione comporterà l'impossibilità di procedere alla Registrazione.

D. Lgs. 196/2003 (Legge sulla Privacy)

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 in merito al trattamento dei dati personali riportati sulla presente scheda di prenotazione alberghiera, informiamo i partecipanti circa la necessità di destinare tali dati a terzi (agenzia di spedizione e di organizzazione congressuale di nostro riferimento, aziende, associazioni o altri soggetti che collaborano per l'organizzazione di questo evento congressuale). Il mancato consenso del trattamento dei dati personali compromette tale adempimento. Il firmatario autorizza Kassiopea Group, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 196/2003 al trattamento dei dati indicati. In particolare con la sottoscrizione del presente modulo si dà atto di avere esattamente soppesato i contenuti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e in particolare delle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati e quant'altro previsto dalla norma richiamata.

Data

Firma