

Corso Nazionale SIMFER
**COMUNICARE
in SANITÀ**

Dall'informazione
alla condivisione terapeutica

Roma, 5-6 dicembre 2011
Auditorium del Seraphicum



Inviare scheda d'iscrizione e copia attestazione pagamento al FAX +39 06 89280089 o a comunicare@medik.net

Scheda d'iscrizione

cod.5322

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ N. _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

E-mail _____ @ _____

Telefono _____ Cell. _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____

Data di Nascita ____ / ____ / ____ Luogo di Nascita _____

Dati Fattura (Da compilare obbligatoriamente se i dati per l'intestazione della fattura sono diversi da quelli personali)

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____ N. _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

E-mail _____ @ _____

Telefono _____ Cell. _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____

Profilo Partecipante

Libero Professionista Lavoro Dipendente

Professione _____

Disciplina _____

Sponsorizzato da una azienda SI NO

Indicare il nominativo dell'azienda _____

Si rammenta che il limite dei crediti formativi acquisibili nel triennio di riferimento attraverso iscrizione sponsorizzata è pari a 50: i crediti eventualmente acquisiti in eccesso verranno depennati dal computo da parte del Ministero della Salute. Per verificare lo stato di tale conteggio consultare il proprio dossier formativo direttamente o attraverso il proprio Ordine/Collegio/Associazione di riferimento.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

QUOTE DI REGISTRAZIONE

	Quote entro il 30 Ottobre 2011		Quote dopo il 30 Ottobre 2011	
Medico Chirurgo, socio SIMFER	240,00	(198,35+21% iva)	270,00	(223,14+21% iva)
Medico Chirurgo non socio SIMFER o Soci non in regola	300,00	(247,93+21% iva)	360,00	(297,52+21% iva)
Fisioterapista, Tecnico Ortopedico, Infermiere, Logopedista, Terapista Occupazionale, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Psicologo	180,00	(148,76+21% iva)	222,00	(183,47+21% iva)
Medico Specializzando	96,00	(79,34+21% iva)	120,00	(99,17+21% iva)

TOTALE ISCRIZIONE
+21% IVA
TOTALE

Modalità di Pagamento

In allegato alla scheda d'iscrizione e obbligatorio inviare copia dell'attestazione di Pagamento

⇒ **Bonifico Bancario intestato a Medi K S.r.l., presso CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO**

IBAN IT07U0622512121100000001775

⇒ **Assegno bancario/circolare intestato a MEDI K S.r.l.**

CANCELLAZIONI E RIMBORSI: Se la cancellazione verrà comunicata per iscritto entro il 15 novembre 2011 chi dovesse annullare per cause di forza maggiore la propria iscrizione avrà diritto alla restituzione del 50% dell'importo versato; oltre il termine indicato non è previsto alcun rimborso. Eventuali rimborsi verranno effettuati entro 60 giorni dalla data di chiusura del Corso.

VARIAZIONI: La Direzione Scientifica e la Segreteria Organizzativa si riservano di apportare al programma tutte le variazioni che si rendessero necessarie per ragioni scientifiche e/o tecnico-organizzative.

Richiesta di esenzione IVA (D.P.R. 633/72)

Gli enti pubblici che desiderino ricevere l'esenzione IVA sul pagamento della quota di iscrizione di dipendenti, sono tenuti a farne richiesta apponendo il proprio timbro sulla scheda d'iscrizione: non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro. Non è possibile richiedere il rimborso dell'IVA e l'emissione della relativa nota d'accredito a pagamento già avvenuto.

Timbro dell'ente esente da IVA

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa ex. Art. 13 del Codice Civile in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 - Testo Unico delle norme in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali). Le informazioni e i dati comuni da Lei forniti per l'iscrizione al presente evento, saranno oggetto di trattamento nel rispetto delle disposizioni sopra menzionate e degli obblighi di riservatezza che ispirano l'attività di Medi K srl. Il trattamento dei dati sarà effettuato per: dare corso alla Sua iscrizione, invio di materiale informativo inerente l'organizzazione di attività da parte della nostra Società, gestione amministrativa ed extracontabile.

L'approvazione al trattamento è opzionale, ma in caso di mancanza della medesima Medi K srl, non sarà in grado, di erogare tutti o alcuni dei servizi oggetto della presente registrazione. Si rimanda, per una più completa visione del DL 196/2003 e del contenuto degli artt. 13 e 7 oltre al fine della nostra raccolta all'indirizzo **www.medik.net**

Presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per i fini qui indicati.

Non presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, fatta eccezione l'iscrizione al presente evento ai trattamenti obbligatori previsti per legge.



Data ____ / ____ / ____

Firma _____