



S.I.M.F.E.R. - Giornate di
aggiornamento multiprofessionale.
VI corso teorico-pratico
La Villa - Val Badia (BZ)

SCHEDA DI ISCRIZIONE
(compilare in stampatello)

inviare a:

MediK S.r.l.
Piazza Rondanini, 48 – 00186 Roma
Tel. 06.48913318 – Fax **06.89280089**
corsolavilla2010@medik.net

Cognome
Nome
Via.....
.....N°.....
CAP..... Città.....(.....)
Tel/Fax e.mail
Codice Fiscale
PartitaIVA

θ non in possesso di partita IVA

	Entro il 28.2.2010	Dopo il 28.2.2010
- Soci SIMFER o SOMIPAR	€240 (200 + IVA 20%)	€300 (250 + IVA 20%)
- Non soci	€300 (250 + IVA 20%)	€384 (320 + IVA 20%)
- Psicologi	€156 (130 + IVA 20%)	€180 (150 + IVA 20%)
- Fisioterapisti/T.O./Inferm./logopedisti (*)	€156 (130 + IVA 20%)	€180 (150 + IVA 20%)
- Specializzandi(*), senza crediti ECM	€120 (100 + IVA 20%)	€156 (130 + IVA 20%)
- Altri operatori, senza crediti ECM	€120 (100 + IVA 20%)	€156 (130 + IVA 20%)
- Iscriz. a un solo giorno, senza crediti ECM	€ 72 (60 + IVA 20%)	€120 (100 + IVA 20%)

(*) si accettano solo iscrizioni documentate

Saranno prese in considerazione solo le iscrizioni accompagnate dal pagamento della quota spettante, da effettuare tramite:

θ **Bonifico Bancario** - intestato a MediK s.r.l - Cassa di Risparmio di Bolzano - Sede di Padova
IBAN IT97F060451210000005000045

θ **Assegno Banc./Circolare N.**.....
Banca intestato a: . MediK s.r.l.

Fatturazione (in caso di omissione la fattura verrà intestata al partecipante):
Nome o ragione sociale.....
Indirizzo.....
P. IVA/c. fiscale.....

θ Esenzione IVA: allego richiesta dell'Ente con estremi legge esenzione
Per motivi amministrativi non si possono effettuare cambi o sostituzione di fatture
Per le altre condizioni, fa riferimento quanto riportato sul depliant del corso.

La sottoscrizione della presente scheda autorizza l'uso dei dati personali, in esecuzione dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996 n. 675

Data Firma



S.I.M.F.E.R. - Giornate di
aggiornamento multiprofessionale.
VI corso teorico-pratico
La Villa - Val Badia (BZ)

SCHEDA ECM
DATI PARTECIPANTE

(compilare in stampatello)

Per l'ottenimento dei crediti ECM è obbligatorio compilare la scheda in tutte le sue parti

Ruolo: o RELATORE / MODERATORE o PARTECIPANTE

Codice Fiscale
Cognome
Nome
Data e luogo di nascita.....
.....
Professione.....
c/o Azienda/Ente.....
Disciplina.....
Recapito telefonico.....
Numero di cellulare.....
Indirizzo di posta elettronica.....
Indirizzo postale.....
Cap.....CittàProvincia.....

Nel rispetto delle norme sulla privacy, il suo nominativo sarà trasmesso alla Commissione Nazionale dell'Educazione Continua, come da espressa richiesta per l'accreditamento dell'evento.

θ Esprimo il mio consenso relativo al trattamento dei dati personali, secondo il dettato degli articoli 11, 20, 22 e 28 della L. 675/96 (Legge sulla privacy) relativamente a vostre future informazioni di carattere istituzionale e formativo.

Firma.....

Si prega di compilare la presente scheda in ogni sua parte. Le schede non compilate o compilate parzialmente non saranno tenute in considerazione per i Crediti Formativi