SCHEDA D'ISCRIZIONE

Da compilare in stampatello e spedire via fax (allegando copia del bonifico) a:
Medi K S.r.l. **Fax 0492106351**

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO: VIA _____ N. _____

C.A.P. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____

E-MAIL _____ @ _____

Cod. Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ P.IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data e luogo di nascita ___/___/_____

ISCRIZIONI

Solo Congresso 25/26 marzo	**ISCRIZIONE ENTRO IL 15/02/2011**	**ISCRIZIONE DOPO IL 15/02/2011**
☐ SOCIO SIMFER	**198,00 €** 165,00+ IVA	**240,00 €** 200,00+ IVA
☐ NON SOCIO SIMFER	**246,00 €** 205,00+ IVA	**288,00 €** 240,00+ IVA
☐ FISIOTERAPISTA, LOGOPEDISTA, TERAPISTA OCCUPAZIONALE	**150,00 €** 125,00+ IVA	**180,00 €** 150,00+ IVA
☐ SPECIALIZZANDI	**72,00 €** 60,00+ IVA	**96,00 €** 80,00+ IVA
Corso 24 marzo	**ISCRIZIONE ENTRO IL 15/02/2011**	**ISCRIZIONE DOPO IL 15/02/2011**
☐ TUTTE LE FIGURE	**96,00 €** 80,00+ IVA	**120,00 €** 100,00+ IVA
CONGRESSO + CORSO	**ISCRIZIONE ENTRO IL 15/02/2011**	**ISCRIZIONE DOPO IL 15/02/2011**
☐ SOCIO SIMFER	**240,00 €** 200,00+ IVA	**300,00 €** 250,00+ IVA
☐ NON SOCIO SIMFER	**300,00 €** 250,00+ IVA	**360,00 €** 300,00+ IVA
☐ FISIOTERAPISTA, LOGOPEDISTA, TERAPISTA OCCUPAZIONALE	**180,00 €** 150,00+ IVA	**210,00 €** 175,00+ IVA
☐ SPECIALIZZANDI	**108,00 €** 90,00+ IVA	**132,00 €** 110,00+ IVA

L'ADESIONE COMPORTA L'ACCETTAZIONE INTEGRALE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI ELENCATE NEL DEPLIANT ILLUSTRATIVO DELL'EVENTO.

DATA ___/___/_____ FIRMA _____

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

RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO: VIA _____ N. _____

C.A.P._____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____

E-MAIL _____ @ _____

Cod. Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ P. IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Timbro dell'ente esente da IVA

Gli enti pubblici che desiderino richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota d'iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne richiesta alla Segreteria Organizzativa fornendo i propri dati fiscali completi apporre il proprio timbro sulla scheda d'iscrizione del dipendente
Non è possibile richiedere il rimborso dell'IVA e l'emissione della relativa nota d'accredito a pagamento già avvenuto.

Iscrizione €_____ a mezzo

☐ **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.**

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 _____

MediK
WWW.MEDIK.NET
CERTIFIED QUALITY SYSTEM
ISO 9001:2008 N° CH-22480