IL TRATTAMENTO RIABILITATIVO NELL'EMIPLEGICO: CONFRONTI E VERIFICHE

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

		entro il 15 settembre 2010	dopo il 15 settembre 2010
☐	soci SIMFER	**240,00 €** (200,00 € + IVA)	**270,00 €** (225,00 € + IVA)
☐	non soci SIMFER o soci non in regola e medici	**300,00 €** (250,00 € + IVA)	**360,00 €** (300,00 € + IVA)
☐	Fisioterapisti, Infermieri e T.O.	**120,00 €** (100,00 € + IVA)	**150,00 €** (125,00 € + IVA)
☐	medico Specializzando	**96,00 €** (80,00 € + IVA)	**120,00 €** (100,00 € + IVA)
☐	Studenti	**72,00 €** (60,00 € + IVA)	

LIBERO PROFESSIONISTA ☐ STRUTTURATO ☐

ISTITUZ. DI APPARTENENZA _____

QUALIFICA _____

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

Iscrizione €_____ a mezzo

☐ **Bonifico Bancario** intestato a **Medi K S.r.l., presso**
CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO
IBAN IT97F0604512100000005000045

☐ **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
Azienda con sistema di qualità certificato N° CH-22480
SERVIZI E FORMAZIONE PER IL MONDO DELLA SANITÀ E DELLA SALUTE