

**SCHEDA DI ISCRIZIONE  
"Infermieri"**

(Compilare in stampatello o dattiloscrivere)

**DATI PERSONALI**

COGNOME		NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO (privato)			N.
C.A.P.	CITTÀ	PROV.	
TEL. (ab.)	FAX	CELL.	
E-Mail	Azienda Ospedaliera di appartenenza		

**QUOTE DI ISCRIZIONE**

<b>Entro il 31 marzo 2010</b>
INFERMIERI e ALTRE CATEGORIE € 80,00 <input type="checkbox"/>
<b>Dopo il 31 marzo 2010</b>
INFERMIERI e ALTRE CATEGORIE € 100,00 <input type="checkbox"/>

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

La quota di iscrizione dovrà essere versata esclusivamente tramite bonifico bancario sul conto corrente n. 18940 intestato alla S.I.A.R.E.D. – Codice IBAN: IT17 Q010 0503 2110 0000 0018 940 presso la Banca Nazionale del Lavoro Agenzia 11 – Via Marsala, 4/6 - 00185 Roma con la causale obbligatoria: **"S.I.A.R.E.D. Iscrizione Convegno Villasimius (CA) 2010"**.

La presente scheda, unitamente alla ricevuta del bonifico, dovrà essere inviata **entro il 20 maggio 2010:**  
**via posta** a Segreteria Nazionale SIARED – Via XX Settembre 98/E – 00187 Roma  
oppure **via fax** al seguente numero 06.23328733  
Dopo tale data le iscrizioni potranno essere effettuate direttamente in sede congressuale.

**DATI PER LA FATTURAZIONE**

NOME/AZIENDA		INDIRIZZO	
CAP	CITTÀ	P. IVA	e COD. FISC.

**FATTURAZIONE:** a seguito dell'entrata in vigore del D.L. 233/06 del 04/07 (L. 248/06 del 04/08/06), è necessario indicare i propri dati anagrafici, prestando particolare attenzione al Codice Fiscale e/o Partita IVA. L'indicazione del Codice Fiscale corretto è tassativa. La fattura, unica se non diversamente segnalato, sarà emessa e inviata secondo l'intestazione riportata nella scheda d'iscrizione.

Con l'invio del presente modulo autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 sulla privacy. Le informazioni saranno utilizzate per trasmettere i dati dei partecipanti richiesti dal Ministero della Salute per il rilascio dei crediti ECM.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_