

SCHEDA DI ISCRIZIONE "Medici"

(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

Entro il 31 marzo 2010	
SOCI SIARED, AAROI-EMAC, SIAARTI € 200,00 <input type="checkbox"/>	NON SOCI € 300,00 <input type="checkbox"/>
Dopo il 31 marzo 2010	
SOCI SIARED, AAROI-EMAC, SIAARTI € 250,00 <input type="checkbox"/>	NON SOCI € 350,00 <input type="checkbox"/>

SPECIALIZZANDI: ingresso libero (previa presentazione del certificato aggiornato di iscrizione alla Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione).

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 Congresso 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 _____