

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
**Evento formativo VIVERE E INVECCHIARE CON L'AIDS: QUALI PROSPETTIVE**  
 Martedì 1 Dicembre 2009 - T hotel Cagliari

(Compilare in stampatello o dattiloscivere)

<b>Dati Personali</b>	Cognome..... Nome ..... Professione ...../ Spec .....
	Indirizzo ..... Cap ..... Città.....
	C.F. .... tel..... fax .....
	cell ..... <b>e-mail</b> .....

<b>Dati di fatturazione:</b> Nome / Azienda _____
Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ P.IVA. _____

*(I suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi del D.LGS. del 30-06-2003, n° 196)*

1. Quota d'iscrizione (*)	ISCRIZIONE entro il 27-11	ISCRIZIONE oltre 27-11
<input type="checkbox"/> Iscrizione per <b>Medici</b> ( con crediti ecm)	<input type="checkbox"/> 30,00 €	<input type="checkbox"/> 50,00 €
<input type="checkbox"/> Iscrizione per <b>Operatori Sanitari</b> ( con crediti ecm)	<input type="checkbox"/> 20,00 €	<input type="checkbox"/> 50,00 €
<input type="checkbox"/> Iscrizione per Specializzandi e altre categorie ( <u>senza</u> crediti ecm)	<input type="checkbox"/> 10,00 €	<input type="checkbox"/> 50,00 €
2. Servizi Catering		
<input type="checkbox"/> Colazione di lavoro del 1dic presso catering T hotel	<input type="checkbox"/> 15,00 €	<input type="checkbox"/> 30,00 €
3. Prenotazione alberghiera		
camera <input type="checkbox"/> doppia uso singola ( 150,00 euro a notte) <input type="checkbox"/> doppia ( 180,00 euro a notte) IN ___/ 11/2009 OUT ___/12/2009 T hotel Cagliari		_____ €
(tutte le voci sono iva inclusa) <b>totale 1+2+3</b>		_____ €
<input type="checkbox"/> FATT. oppure <input type="checkbox"/> RICEV.		

(\*) La quota di iscrizione include: il Kit congressuale, l'Attestato di partecipazione con crediti ecm (categoria Sanità), l'Attestato di partecipazione senza crediti. La scheda di iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire per posta ordinaria o via fax alla Segreteria Organizzativa. Iscrizione a numero chiuso. Accredito richiesto per n° 66 Medici Area Interdisciplinare e n° 66 Operatori Sanitari )

**Aservice - Via Machiavelli 136, 09131 Cagliari, Tel/Fax 070. 42.939**  
**( Lun,Mar,Mer,Gio orario 9-13) - e-mail: [aservice.segreteria@virgilio.it](mailto:aservice.segreteria@virgilio.it)**

Informazioni e modulistica su [www.aservicestudio.it](http://www.aservicestudio.it)  
 Non è previsto alcun rimborso per cancellazioni d'iscrizioni. Eventuali sostituzioni potranno essere effettuate per iscritto. E' possibile provvedere al pagamento mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate:  
**IBAN IT4610567604805000003050399** intestato ASERVICE Agenzia 3 Banca di Sassari - Cagliari ( causale : iscrizione corso VIVERE CON AIDS 1dic 2009)

DATA ..... FIRMA .....