

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

3° CORSO REGIONALE DI MEDICINA DEL DOLORE - 3,4,5 Giugno 2009, Aula Magna Fac. Architettura - Cagliari  
Accreditamento ECM per Medici e Infermieri

Dead line 1 Giugno 2009 (Compilare in stampatello o dattiloscivere)  
PRE-ISCRIZIONE OBBLIGATORIA

**Dati Personali:** COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Specializzazione \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Dati di fatturazione:** Nome / Azienda \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
P.IVA. \_\_\_\_\_

Iscrizione a numero chiuso fino ad esaurimento dei posti disponibili.

1. Quota d'iscrizione (*):	ISCRIZIONE entro 1/06/09	ISCRIZIONE oltre 1/06/09
Δ Medici (con crediti ECM) 3-4-5 giugno	600,00 €	800,00 €
Δ Specializzandi (senza crediti ECM) 3-4-5 giugno	600,00 €	800,00 €
Δ Infermieri (con crediti ECM) 4-5 giugno	250,00 €	350,00 €
<b>2. Altri servizi non compresi nell'iscrizione</b>		
Δ Prenotazione <b>lunch</b> del 3 giu ore 13.00 ( buffet)	20,00 €	30,00 €
Δ Prenotazione <b>lunch</b> del 4 giu ore 13.00 ( buffet)	20,00 €	30,00 €
Δ Prenotazione <b>dinner</b> del 4 giu ore 21.00	40,00 €	65,00 €
Δ Prenotazione <b>lunch</b> del 5 giu ore 13.00 ( buffet)	20,00 €	30,00 €
Δ RICEVUTA oppure Δ FATTURA		
<b>TOTALE 1 + 2 (tutti gli importi sono iva inclusa - se dovuta)</b>		_____,____ €

I dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi del D.LGS. del 30-06-2003, n° 196  
Si autorizza espressamente Aservice a trattare le informazioni raccolte e inserite nella propria banca dati, nonché l'utilizzo delle stesse per finalità legate all'attività esercitata.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(per conferma di quanto espresso sopra e in nota)

(\*) **ISCRIZIONE** La scheda di iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire per posta ordinaria o via fax alla Segreteria Organizzativa: **Aservice Via Machiavelli 136, 09131 Cagliari, tel/ fax 070/42.939**

**aservice.segreteria@virgilio.it** - orari uff: lun,mar,mer, gio (9-13) e mar,gio (16-19)

L'ASERVICE provvederà a registrare l'iscrizione al corso. L'iscrizione include: il Kit congressuale, l'Attestato di partecipazione con crediti ecm (categoria Sanità), l'Attestato di partecipazione senza crediti.

**MODALITA' DI PAGAMENTO** Nel caso si richieda la **FATTURA** è possibile provvedere al pagamento mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate **IT4610567604805000003050399** intestato ASERVICE presso BANCA DI SASSARI (Agenzia 3, Cagliari)  
Causale: iscrizione evento **MEDICINA DEL DOLORE**. Non saranno accettati bonifici gravati di spese bancarie, che dovranno essere totalmente a carico dell'ordinante.

Nel caso si richieda la **RICEVUTA** è possibile provvedere al pagamento mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate **IT62H010150481200000012518** intestato Ass **INSIEME CONTRO IL DOLORE** presso BANCO DI SARDEGNA Ag 12 - Via Tola 8 - Cagliari, Causale: iscrizione evento **MEDICINA DEL DOLORE**

**RINUNCE** Le rinunce che perverranno ad ASERVICE entro il **1 giugno** daranno luogo al rimborso della quota. Per le rinunce che perverranno dopo tale data non è previsto alcun rimborso. Le pratiche di rimborso saranno evase dopo il corso.

**INFORMAZIONI** sul sito dedicato **www.aservicestudio.it**