



ROME

DECEMBER

2016



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel _____ Cell. _____

E-mail _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

QUOTE DI ISCRIZIONE (IVA inclusa)

	Entro il 16/09/2016	Dopo il 16/09/2016
Medico Socio SIAMS	€ 320,00	€ 400,00
Medico Non Socio SIAMS	€ 420,00	€ 520,00
Laureato in altra Professione Sanitaria (Psicologo/Biologo/Infermiere, ecc.)*	€ 130,00	€ 180,00
Dottorando/Specializzando**	€ 130,00	€ 180,00
Studente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia o altra Professione Sanitaria***	€ 80,00	€ 100,00

* è necessario allegare copia del certificato di laurea
 ** è necessario allegare attestazione di frequenza firmata dal Direttore della Scuola di Specializzazione/Corso di Dottorato di Ricerca
 *** è necessario allegare copia del libretto universitario

Le quote comprendono: partecipazione alle sessioni scientifiche, kit congressuale, modulistica ECM, welcome cocktail, coffee break, colazione di lavoro, abstract book e attestato di partecipazione.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento della quota può avvenire tramite:
 Bonifico bancario intestato a FASI srl:
 IBAN IT07K0542803205000000092347 (Banca Popolare di Bergamo - Fil. Roma/Nomentana)
 Nella causale del versamento indicare: cognome e nome del partecipante + XII Congresso SIAMS.
È necessario allegare copia del bonifico alla presente scheda di iscrizione.

Carta di credito (visa o mastercard)
 Autorizzo FASI Srl ad addebitare l'importo di € _____ sulla carta di credito:

VISA

MASTERCARD

N. (16 cifre)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Scadenza (mese/anno)

--	--	--	--

CVV2 (obbligatorio - ultimi 3 numeri indicati sul retro della carta)

--	--	--

Cognome nome e firma del titolare _____



ROME

DECEMBER

2016



RICHIESTA DI FATTURAZIONE ELETTRONICA

Qualora la quota di iscrizione del partecipante provenisse, o fosse rimborsata, da Enti pubblici, il partecipante è tenuto ad informarsi preventivamente se necessita di fattura elettronica o standard. La richiesta di fatturazione elettronica dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa contestualmente alla presente scheda di iscrizione e dovrà essere completa di tutti i dati necessari (forniti dall'Ente), in mancanza di richiesta contestuale all'iscrizione, o in mancanza dei dati utili, la fattura sarà emessa in forma "non elettronica" e non potrà essere modificata.

DATI DI FATTURAZIONE (obbligatori)

SI PREGA INTESTARE LA FATTURA A:

P.I. e/o C.F. (obbligatorio) _____

SI PREGA INVIARE LA FATTURA AL SEGUENTE INDIRIZZO EMAIL (solo se diverso dal precedente):

REGOLE DI CANCELLAZIONE

Le cancellazioni dovranno pervenire per iscritto alla Segreteria Organizzativa. Non saranno accettate cancellazioni telefoniche. In caso di cancellazione, verranno applicate le seguenti regole:

Cancellazioni pervenute entro il 14/10/2016: rimborso del 75% della quota versata al netto di € 20,00 per spese organizzative e bancarie

Cancellazioni pervenute tra il 14/10/2016 e il 03/11/2016: rimborso del 50% della quota versata al netto di € 20,00 per spese organizzative e bancarie.

Cancellazioni pervenute dopo il 03/11/2016: Nessun rimborso

I rimborsi saranno effettuati entro 60 gg. dalla fine del congresso.

Si dichiara di aver preso visione delle regole di cancellazione di cui sopra.

Firma _____ Data _____

Non saranno prese in considerazione schede non accompagnate dal pagamento della quota di iscrizione

Informativa sulla riservatezza dei dati (D. Lgs. 196/03). La informiamo che i Suoi dati personali saranno custoditi dalla segreteria organizzativa con l'impegno di non cederli a terzi e trattati con mezzi informatici per l'eventuale invio di materiale informativo inerente a Seminari, Workshop, Convegni e altre attività organizzate da questa segreteria. Il conferimento a questi fini alla nostra segreteria è facoltativo e Lei potrà in qualunque momento richiederne la conferma dell'esistenza, l'aggiornamento o la cancellazione. La preghiamo di apporre la sua firma in calce alla presente quale consenso al trattamento dei Suoi dati.

Firma _____ Data _____