

*La Neurologia Pediatrica
a Colpo d'occhio*



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare via fax o e-mail **entro il 15 settembre 2014** alla Segreteria Organizzativa:
i-Organize Eventi e Turismo srl - fax 091.7486710 - email: info@iorganize.info

COMPILARE IN STAMPATELLO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medico Chirurgo (segnare la disciplina di riferimento): | |
| <input type="checkbox"/> Pediatria | <input type="checkbox"/> Pediatria di libera scelta |
| <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile | <input type="checkbox"/> Neurologia |
| <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista | <input type="checkbox"/> Infermiere |
| <input type="checkbox"/> Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva | |

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

(indispensabile ai fini dei crediti formativi ECM)

Indirizzo privato (Via, CAP, Città, Prov.) _____

Tel. _____ Fax _____

Cell. _____ E-mail _____

Istituto/Ente _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione Sociale _____

Indirizzo (Via, CAP, Città, Prov.) _____

Codice Fiscale / P. IVA _____

QUOTA DI ISCRIZIONE

Le quote si intendono incluse di IVA 22%.

	entro il 01/09/2014	dal 02/09/2014
Partecipante	€ 86,00	€ 100,00

La quota di iscrizione comprende

Partecipazione ai lavori, kit congressuale, coffee break e colazioni di lavoro come da programma attestato di partecipazione, crediti ecm (se conseguiti).

PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO

La Segreteria Organizzativa, dopo aver ricevuto la Scheda di Iscrizione e il relativo pagamento (con indicazione del numero di CRO), avrà cura di riconfermare la partecipazione inviando la fattura per la quota di iscrizione e la lettera di conferma dell'avvenuta registrazione da esibire al momento della registrazione in sede di congresso. Non sono ammesse iscrizioni telefoniche. Le schede incomplete o prive del relativo pagamento saranno considerate nulle.

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Il pagamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato contestualmente all'invio della scheda di iscrizione a mezzo:

- Assegno circolare** intestato a i-Organize Eventi e Turismo SRL
- Bonifico bancario** a favore di i-Organize Eventi e Turismo SRL
Banca Sant'Angelo IBAN: IT87X0577204616CC0880001008
n.b.: Indicare nella causale del bonifico: nome partecipante e ID convegno "Convegno Neurologia Pediatrica". Spese di bonifico a carico dell'ordinante.

La fattura sarà emessa contestualmente al pagamento, compilando l'apposita sezione nella scheda di iscrizione.

ISCRIZIONI DA PARTE DI ASL

Si richiede ai partecipanti iscritti dalle Aziende ASL di appartenenza di inviare all'indirizzo info@iorganize.info o via fax al n. 091.7486710 la richiesta della ASL, nella quale dovrà essere specificato:

- che il richiedente è un proprio dipendente
- che si tratta di un'iscrizione esente IVA ai sensi dell'Art. 14, comma 10 legge 537/93
- i dati fiscali relativi all'azienda ASL per la fatturazione

Qualora l'ASL non riuscisse ad effettuare il versamento contestualmente all'iscrizione, il partecipante dovrà anticipare la quota. Sarà rilasciata fattura quietanzata intestata all'ASL. Non potranno essere accettate le iscrizioni senza i suddetti requisiti.

CANCELLAZIONI

Le cancellazioni comunicate per iscritto alla segreteria organizzativa **entro l'1 settembre 2014** verranno rimborsate con una decurtazione del 25% per spese organizzative e bancarie. Dopo tale data le cancellazioni non comporteranno alcun rimborso. I rimborsi verranno effettuati non prima di 60 giorni dalla data del convegno.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Il Decreto Legislativo del 30/06/03 n. 196 tutela il diritto alla privacy sui dati personali raccolti con questa scheda. Le informazioni da Lei fornite per l'iscrizione al presente evento, saranno oggetto di trattamento nel rispetto delle disposizioni sopra menzionate e degli obblighi di riservatezza che ispirano l'attività di **i-Organize Eventi e Turismo SRL**. Il trattamento dei dati sarà effettuato per dare corso alla Sua iscrizione, invio di materiale informativo inerente l'organizzazione di attività da parte della nostra Agenzia, gestione amministrativa ed extracontabile.

- Accenso** al trattamento dei miei dati personali per i fini qui indicati.
- Non accenso** al trattamento dei miei dati personali, fatta eccezione l'iscrizione al presente evento ed ai trattamenti obbligatori previsti per legge.

Luogo _____ Data ____/____/2014 FIRMA _____

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



i-Organize Eventi e Turismo SRL
Via Villa Verona n. 35 - 90146 Palermo
Tel. +39.091.5076758 - fax +39.091.7486710
info@iorganize.info \ PEC.iorganize@pec.it \ www.iorganize.info