

SCHEDA DI ISCRIZIONE "Medici"

(Compilare i campi modulo del file PDF e cliccare sul tasto "invia" in basso oppure a penna in stampatello o dattiloscrittore)

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 2011		
SOCI SIARED, AAROI-EMAC, SIAARTI € 200,00 <input type="checkbox"/>	NON SOCI € 300,00 <input type="checkbox"/>	CENA DI GALA di Venerdì 10 giugno € 20,00 <input type="checkbox"/>
Dopo il 31 marzo 2011		
SOCI SIARED, AAROI-EMAC, SIAARTI € 250,00 <input type="checkbox"/>	NON SOCI € 350,00 <input type="checkbox"/>	CENA DI GALA di Venerdì 10 giugno € 20,00 <input type="checkbox"/>
SPECIALIZZANDI: ingresso libero ai lavori congressuali (previa presentazione del certificato aggiornato di iscrizione alla Scuola di Specializzazione).		

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 Udine 2011"**.

La presente scheda, unitamente alla ricevuta del bonifico, dovrà essere inviata **entro il 3 giugno 2011:**
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 _____