



Inviare la scheda d'iscrizione, debitamente compilata (stampatello), tramite mail a segreteria@eventiecongressi.net, unitamente alla copia di pagamento

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome* _____ Nome* _____
 Codice fiscale* _____
 Data di Nascita* _____ Luogo di nascita* _____
 Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Provincia _____
 Tel. _____ Cell.* _____
 e-mail* _____

Medico Chirurgo ☐ Specialista in _____ ☐ Specializzando in _____

Altro _____

☐	Iscrizione 1 medico	€ 2.500,00 (+ IVA 22%)
☐	Iscrizione 1 medico + 1 dirigente di Azienda	€ 4.500,00 (+ IVA 22%)
☐	Iscrizione 2 medici + 1 dirigente di Azienda	€ 6.500,00 (+ IVA 22%)

* I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori

La quota di partecipazione comprende: la partecipazione ai lavori congressuali, Kit congressuale, Attestato di partecipazione e Certificazione Change Management Foundation Level- APMG International
 Servizi ristorativi come da programma, Sistemazione alberghiera presso la sede del Corso in 19 out 21 ottobre (2 notti), viaggio e transfer da aeroporto/Fs a sede evento e viceversa

INTESTAZIONE FATTURA (OBBLIGATORIO per l'emissione della fattura di chi effettua il bonifico)

Intestazione _____
 Indirizzo _____ email _____
 Codice Fiscale o Partita IVA _____
 Codice SDI _____

RISERVATO ALLE SOLE AZIENDE OSPEDALIERE: Richiesta di esenzione IVA (art. 10 comma 20 D.P.R. 633/72) Gli Enti Pubblici esenti IVA sul pagamento della quota d'iscrizione dei loro dipendenti devono farne specifica richiesta barrando e apponendo il proprio timbro nello spazio di seguito riportato.

MODALITA' DI PAGAMENTO

BONIFICO BANCARIO intestato a I Viaggi dell'Epomeo srl

IBAN - IT 820 01 0300 3411 0000 0030 8346

Informativa ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n°196 e successive modifiche del 25/05/2018: I dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, al fine di documentare la partecipazione a Congressi, Eventi, Meeting, Manifestazioni in genere e a trattamenti derivanti da obblighi di legge. Essi saranno comunicati secondo le prescrizioni di Legge

Data _____

FIRMA _____