

**Rafforzare l'autorità dell'infermieristica italiana nei suoi ambiti di sviluppo****CENTRO CONGRESSI PUGNOCHIUSO**

VIESTE (FG) 25- 26 -27 maggio 2017

(IN 25 OUT 28 maggio)

Inviare la scheda d'iscrizione, debitamente compilata (stampatello se scritta a mano), tramite mail all'indirizzo [segreteria@eventiecongressi.net](mailto:segreteria@eventiecongressi.net) o a tramite fax **080.2209268**, unitamente alla copia di pagamento. **In caso di più congressisti** è necessario che ognuno compili la propria scheda indicando il nome dell'iscritto con cui condivide la camera.

**SCHEDA D'ISCRIZIONE**

Cognome\* \_\_\_\_\_

Nome\* \_\_\_\_\_

Luogo e Data di Nascita\* \_\_\_\_\_

Codice fiscale\* \_\_\_\_\_

Indirizzo privato\* \_\_\_\_\_

Cap\* \_\_\_\_\_ Città\* \_\_\_\_\_ Provincia\* \_\_\_\_\_

Tel. Priv \_\_\_\_\_ Cell.\* \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_

e-mail\* \_\_\_\_\_

 INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO

\* I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori

**COSTI****Iscrizione al convegno per coloro che alloggiano presso il Villaggio Pugnochiuso** € 80,00 (+ IVA al 22%)= € 97,60**Iscrizione al convegno per coloro che NON alloggiano presso il Villaggio Pugnochiuso** € 140,00 (+ IVA al 22%)= € 170,80

La quota iscrizione comprende:

- Attestato di partecipazione al corso
- Certificato Crediti ECM per Infermieri ed Infermieri Pediatrici (previa partecipazione alle sessioni scientifiche)

*segue scheda sistemazione alberghiera e modalità di pagamento***SISTEMAZIONE ALBERGHIERA Hotel del Faro \*\*\*\***

Il costo riportato nelle tabelle seguenti è complessivo e non a persona, tranne che per le camere Singole o DUS (doppia uso singolo) **Barrare ciò che si intende acquistare**

<b>CAMERE STANDARD</b>		<b>Costo per 3 notti in camera STANDARD In 25 out 28 maggio</b>
<input type="checkbox"/>	Camera <b>DUS</b> (doppia uso singola)	€ 350,00
<input type="checkbox"/>	Camera <b>doppia</b> (2 adulti)	costo totale per 2 persone € 500,00
<input type="checkbox"/>	Camera <b>tripla</b> (3 adulti)	costo totale per 3 persone adulte € 687,50
<input type="checkbox"/>	Camera <b>tripla</b> (2 adulti + bambino fino a 12 anni non compiuti)	costo totale per 2 adulti + 1 minore (anni 12 non compiuti) € 625,00
<input type="checkbox"/>	Camera <b>quadrupla</b> (4 adulti)	costo totale per 4 persone adulte € 875,00
<input type="checkbox"/>	Camera <b>quadrupla</b> (3 adulti + bambino fino a 12 anni non compiuti)	costo totale per 3 adulti + 1 minore (anni 12 non compiuti) € 812,50
<input type="checkbox"/>	Camera <b>quadrupla</b> (2 adulti + 2 bambini fino a 12 anni non compiuti)	costo totale per 2 adulti + 2 minori di anni 11 € 750,00
<b>CAMERE SUPERIOR</b>		<b>Costo per 3 notti in camera SUPERIOR In 25 out 28 maggio</b>
<input type="checkbox"/>	Camera <b>DUS SUPERIOR</b> (doppia uso singola)	€ 400,00
<input type="checkbox"/>	Camera <b>doppia SUPERIOR</b> (2 adulti)	costo totale per 2 persone € 620,00
<input type="checkbox"/>	Camera <b>tripla SUPERIOR</b> (3 adulti)	costo totale per 3 persone adulte € 899,00
<input type="checkbox"/>	Camera <b>tripla SUPERIOR</b> (2 adulti + bambino fino a 12 anni non compiuti)	costo totale per 2 adulti ed 1 minore (anni 12 non compiuti) € 806,00
<input type="checkbox"/>	Camera <b>quadrupla SUPERIOR</b> (4 adulti)	costo totale per 4 persone adulte € 1.178,00

#### Nominativo Accompagnatore per cui si richiede la sistemazione alberghiera

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

#### La quota per la sistemazione alberghiera comprende:

- sistemazione alberghiera per 3 notti in 25 out 28 maggio (dal pranzo del 25 alla prima colazione del 28 maggio)
- lunch (bevande incluse) + cena (bevande incluse) del 25, 26 e 27 maggio
- servizi del villaggio (per gli infermieri iscritti al Convegno nelle ore non dedicate ai lavori scientifici)

**N.B.** Al termine della compilazione, prima di procedere con il pagamento, **sommare** quota iscrizione + sistemazione alberghiera

**MODALITÀ DI PAGAMENTO:** BONIFICO BANCARIO intestato a E&C srl : IBAN IT92 W 05424 39841 000001000574  
- BIC/SWIFT BPBAIT3B

#### **OBBLIGATORIO**

Intestare la Fattura a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Codice Fiscale o Partita IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo mail a cui inviare la fattura \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALLE SOLE AZIENDE OSPEDALIERE e/o COLLEGI PROFESSIONALI**  
Richiesta di esenzione IVA (art. 10 comma 20 D.P.R. 633/72)

#### PRIVACY

Informativa ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n° 196": 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 \_\_\_\_\_