

2nd Mediterranean Meeting on Spinal Deformities

2-3 ottobre 2025

Hotel Royal Continental, Napoli

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.* _____ Fax. _____

e-mail* _____

Professione _____ Disciplina _____

* I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori

Dati OBBLIGATORI per l'emissione della fattura

Intestazione _____

Indirizzo _____

Codice Fiscale o Partita IVA _____

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.

Timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA _____

QUOTE D'ISCRIZIONE

La quota comprende: Kit congressuale, Attestato di partecipazione, Servizi catering come da programma

MEDICO CHIRURGO/ SPECIALIZZANDO

€ 120,00 + IVA 22% (totale € 146,40)

MODALITÀ DI PAGAMENTO: BONIFICO BANCARIO intestato a E&C srl - Via G. Gabetto, 8 - 80026 Casoria (NA)
92 W 0542439841 00000 1000 574 (Codice BIC/SWIFT: BPBAIT3B)

IT

Informativa ai sensi del "GDPR UE 2016/679": 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 della Legge in vigore

Data _____

FIRMA _____