

Scheda di iscrizione

(scrivere in stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Cell. _____

E-mail (**obbligatoria**) _____

Quote di iscrizione

	Dopo il 2 novembre '11
Ortottisti Soci AIOraO	60 € (IVA al 21% inclusa)
Altre professioni *	80 € (IVA al 21% inclusa)

*medici, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, podologi, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici audiometristi, infermieri, tecnici di neurofisiopatologia

Dati per fatturazione:

(scegliere una delle due opzioni; **almeno una è obbligatoria**)

Fattura intestata a me stesso/a C.F./ P.I. _____

Fattura intestata ad Azienda e pertanto comunico dati per fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____ P. IVA _____

Allegare:

BONIFICO BANCARIO intestato a Centro Organizzazione Congressi

Monte dei Paschi di Siena Ag Taormina IBAN IT 36 V 01030 82590 000000153225 causale Simposio Amantea SEMORI

Si autorizza il trattamento dei dati personali in base al Dlgs 196 del 30 giugno 2003

I suoi dati personali fornitici nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale al fine di documentare la sua partecipazione a Congressi, Eventi, Meeting organizzati dal Centro Organizzazione Congressi e trattamenti derivanti da obblighi di legge. I dati saranno comunicati a fornitori di servizi inerenti la manifestazione per il disbrigo delle pratiche relative all'organizzazione della stessa, nonché alle competenti autorità secondo le prescrizioni di legge. Il conferimento dati a tali fini è obbligatorio ed essenziale per la sua partecipazione al Congresso. Preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsento al trattamento dei miei dati personali ed al loro utilizzo per le finalità sopra indicate.

Sono consapevole che ai fini di ottenere i crediti ECM dovrò frequentare l'evento al 100% e in tal senso ho preso visione dal programma dell'orario di chiusura dell'evento, non insisterò quindi con gli organizzatori ed in caso di necessità prenderò solo l'attestato di partecipazione senza ECM.

Data _____ Firma _____

Da inviare a: info@semori.it Fax: +39 0471 1722001

L'iscrizione al Corso deve considerarsi tacitamente accettata

salvo nostro avviso contrario.