VII edizione

CORSO TEORICO-PRATICO PER PERSONALE DI SALA OPERATORIA "*NURSING ROUND*"

IL PAZIENTE VERTEBRALE: IL LAVORO DELL'EQUIPE PER PREVENIRE GLI ERRORI

8-9 Aprile 2016 - Aula Campanacci - IOR, Bologna

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilare in stampatello e spedire entro il 01/04/2016 a:
My Meeting S.r.l. – Via I Maggio 33/35 40064 Ozzano dell'Emilia (BO)
Tel. 051 796971 - Fax 051 795270 e-mail info@mymeetingsrl.com

RECAPITI OSPEDALIERI

Cognome_____ Nome_____

Ospedale/Istituto_____

Reparto_____ Ruolo_____

Indirizzo_____

CAP_____ Città_____ Prov._____

Tel. _____ Fax_____ E-mail_____

RECAPITI PRIVATI

Indirizzo Privato_____

CAP_____ Città_____ Prov._____

Tel. Priv._____ Fax Priv._____

Cellulare_____ E-mail privato_____

DATI OBBLIGATORI (da compilare sempre)

Intestare fattura a:_____

Indirizzo_____ CAP, Città, Prov._____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Indirizzo e-mail per invio fattura_____

RISERVATO ALLE SOLE AZIENDE OSPEDALIERE

Richiesta di esenzione IVA (art. 10 comma 20 D.P.R. 633/72). Per poter usufruire della quota di iscrizione esente IVA è necessario barrare la casella sottostante e allegare i dati necessari all'emissione della fattura elettronica (codice univoco).

❑ **timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA:**_____

QUOTA DI ISCRIZIONE: ❑ € 150,00 IVA inclusa ❑ € 122,95 IVA esente

INDICARE PROPRIA CATEGORIA PROFESSIONALE:
(informazione da inserire per la suddivisione in gruppi per la sessione pratica)

❑ **MEDICO CHIRURGO**

❑ **INFERMIERE** > Indicare proprio ruolo: ❑ Strumentista ❑ Tecnico della posizione ❑ Tecnico dell'anestesia ❑ Fuori tavolo ❑ Coordinatore ❑ Caposala ❑ Diurnista

❑ **FISIOTERAPISTA**

❑ **TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA**

❑ **TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA**

❑ **OSS - OPERATORE SOCIO SANITARIO**

RIEPILOGO PAGAMENTO: TOTALE QUOTA ISCRIZIONE € _____

▪ ***MODALITÀ' DI PAGAMENTO***

❑ Addebitare sulla mia **carta di credito** l'importo di €. _____

❑ VISA ❑ EUROCARD ❑ MASTERCARD

Carta n° _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Scadenza _ _ /_ _

Codice di sicurezza _ _ _ (sul retro della carta) Intestatario _____

❑ Allego copia di **bonifico bancario**, esente da spese bancarie, a favore di My Meeting S.r.l. presso CARISBO – Filiale San Lazzaro (BO) cod. IBAN IT 13 Y 06385 37070 100000006418 Causale di versamento "I9 – Corso Nursing Round 2016, IOR Bologna più nome dell'iscritto".

Data_____ Firma_____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 sulla privacy.

Cod. evento I9 *Corso Nursing Round*