



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilare in stampatello e spedire unitamente al pagamento a:

My Meeting Srl – Via I Maggio 33/35- 40064 Ozzano dell'Emilia - Bologna

Tel. 051 796971 - Fax 051 795270 – info@mymeedingsrl.com

ISCRIZIONI ON-LINE www.mymeedingsrl.com

TERMINE ULTIMO PER LE ISCRIZIONI 28 MAGGIO 2014

RECAPITO PROFESSIONALE

Cognome _____

Nome _____

Istituto _____

Reparto _____

Ruolo _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

RECAPITO PRIVATO

Indirizzo Privato _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. Priv. _____ Fax Priv. _____

Cellulare _____

DATI OBBLIGATORI PER IL CONSEGUIMENTO DEI CREDITI FORMATIVI ECM

L'accREDITamento ECM sarà richiesto per le categorie NEUROCHIRURGIA, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, NEURORADIOLOGIA

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

☐ **NEUROCHIRURGIA**

☐ **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

☐ **NEURORADIOLOGIA**

DATI PER LA FATTURAZIONE (obbligatori da compilare sempre)

COGNOME NOME/RAGIONE SOCIALE: _____

INDIRIZZO _____

CAP _____

CITTA' _____

PROV. _____

Codice Fiscale o Partita IVA _____

Indirizzo e-mail per invio fattura digitale _____

RISERVATO ALLE ASL E 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 apporre il timbro dell'azienda a cui deve essere intestata la fattura. **La scheda priva di timbro non sarà ritenuta valida ai fini dell'esenzione dell'IVA.**

☐ **timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA:****ISCRIZIONE AL MEETING**

Quota di iscrizione Regolare	IVA inclusa	☐ € 200,00
	esente IVA	☐ € 163,93
Quota Specializzandi e Junior	IVA inclusa	☐ € 100,00*
	esente IVA	☐ € 81,96
Quota Accompagnatori	IVA inclusa	☐ € 100,00
	esente IVA	☐ € 81,96
Quota staff aziendale	IVA inclusa	☐ € 120,00°
	esente IVA	☐ € 98,36

*dietro presentazione di attestato di frequenza della Scuola di Specialità o età inferiore a 35 anni

°quotazione per badge aggiuntivi rispetto a quelli previsti dal contratto sottoscritto dalle aziende sponsor

MODALITA' DI PAGAMENTO☐ **Carta di Credito** ☐ VISA ☐ EUROCARD ☐ MASTERCARD

Carta numero _____ scadenza __/__/__ codice di sicurezza _____

Titolare della carta _____

Importo da prelevare € _____ Firma del titolare _____

☐ **Bonifico Bancario esente da spese bancarie** (allegare ricevuta)**intestato a: My Meeting S.r.l.**, Banca CARISBO San Lazzaro

IBAN: IT13Y0638537070100000006418 Causale versamento – Meeting Annuale Spine Section SINch, Catania 5-7 Giugno 2014 – cod. G12 e nome dell'iscritto.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n° 196 sulla privacy con riferimento all'informativa inserita nel programma del Congresso.

Data _____ Firma _____

Cod. G12