



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilare in stampatello e spedire unitamente al pagamento a:

My Meeting Srl email info@mymeetingsrl.com

TERMINE ULTIMO PER LE ISCRIZIONI 16 OTTOBRE 2018

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 _____

ISCRIZIONI A CARICO DI ASL E AZIENDE OSPEDALIERE

In caso di richiesta di emissione fattura nei confronti di enti esenti IVA (A.S.L./A.O.) il partecipante dovrà farne richiesta al momento dell'invio della scheda di iscrizione. La A.S.L./A.O. è tenuta a inviare a My Meeting l'autorizzazione nominativa del partecipante al corso e tutti i dati necessari all'emissione della fattura elettronica (codice univoco); Il pagamento della quota esente IVA dovrà essere effettuato vista fattura. In caso di mancata partecipazione dell'iscritto NON sono previsti rimborsi.

QUOTE DI ISCRIZIONE:

- | | |
|--|--|
| Soci SIB <i>in regola con la quota associativa 2018</i> | <input type="checkbox"/> partecipazione gratuita |
| NON Soci SIB | <input type="checkbox"/> € 150,00 IVA inclusa
€ 122,95 esente IVA |
| Specializzandi e Studenti
<i>in regola con la quota associativa SIB 2018</i> | <input type="checkbox"/> partecipazione gratuita |
| Staff aziendale | <input type="checkbox"/> € 120,00° IVA inclusa |

*dietro presentazione di attestato di frequenza della Scuola di Specialità, Università.

°quota riservata per personale aziendale che non fornisce alcun contributo all'evento oppure per badge aggiuntivi rispetto a quelli previsti dal contratto sottoscritto dalle aziende sponsor

RIEPILOGO PAGAMENTO: TOTALE QUOTA ISCRIZIONE € _____

MODALITÀ' DI PAGAMENTO

Addebitare sulla mia **carta di credito** l'importo di €. _____
 VISA EUROCARD MASTERCARD Intestatario _____
Carta n° _____ Scadenza __ / __ Codice di sicurezza ___ (sul retro della carta)

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 "Congresso Nazionale SIB Varese 25-26 ottobre 2018 - cod. M9 + nome dell'iscritto".

Data _____ Firma _____

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati (EU 679/2016 - GDPR)

Autorizzo My Meeting S.r.l. al trattamento dei Dati Personali, identificativi e/o sensibili, per le finalità e nelle modalità indicate nell'informativa della Privacy <https://www.mymeetingsrl.com/privacy.php>

Accetto Non Accetto

Autorizzo My Meeting S.r.l. a trattare i miei dati personali per finalità commerciali e di marketing legate a questo evento e ad altri eventi formativi similari, dunque a comunicarmi attività promozionali, invio di materiale pubblicitario comunicazioni commerciali.

Accetto Non Accetto

Titolare del trattamento è My Meeting S.r.l., con sede in Via 1° Maggio 33/35 a Ozzano dell'Emilia (BO), My Meeting S.r.l. assicura l'esercizio dei diritti ai sensi anche del Regolamento UE 679/2016, quali, ad esempio, ex artt. 15,16 e 17, la richiesta di cancellazione, aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al recapito email info@mymeetingsrl.com.

Data _____

Firma _____