SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilare in stampatello e spedire entro il 25/03/2019 a **My Meeting S.r.l**. – Via I Maggio 33/35 40064 Ozzano dell'Emilia (BO) Fax 051 795270 - email 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 privata_____

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

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.

QUOTE DI ISCRIZIONE:

Quota fino al 28 febbraio 2019	☐ € 70,00 IVA inclusa	☐ € 57,38 IVA esente
Quota dal 1° Marzo 2019	☐ € 110,00 IVA inclusa	☐ € 90,17 IVA esente

INDICARE PROPRIA CATEGORIA PROFESSIONALE:

☐ **MEDICO CHIRURGO**

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

☐ **FISIOTERAPISTA**

☐ **TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA**

☐ **TECNICO di NEUROFISIOPATOLOGIA**

☐ **OSS - OPERATORE SOCIO SANITARIO**

RIEPILOGO PAGAMENTO: TOTALE QUOTA ISCRIZIONE € _____

Cod. evento N1 *Corso Nursing Round*

▪ ***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 INTESA SAN PAOLO – Filiale San Lazzaro (BO) cod. IBAN IT85 X030 6937 0771 0000 0003 250 Causale di versamento "N1 – Corso Nursing Round 2019, IOR Bologna più 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* _____