

Scheda di Iscrizione
Satellite Workshop
Clinical and Diagnostic Topics on CNS and Inflammation
Milano, 12 Ottobre 2010

Per ricevere i Crediti Formativi si prega di compilare debitamente in stampatello tutti i campi

CF [][][][][][][][][][][][][][][][][] **Crediti ECM** SI NO

CognomeNome.....

Indirizzo

CAP Città Prov. (.....)

Tel /Cellulare

E-mail

ProfessioneDisciplina.....

Luogo di nascitaData di nascita

Istituzione/Ente di appartenenza.....

Quote di iscrizione

- 50,00 € + IVA 20% (**totale 60,00 €**)
- Specializzandi: 30,00 € + IVA 20% (**totale 36,00 €**) – **allegare certificato o autocertificazione**

In caso di pagamento da parte di un ente esente IVA, preghiamo di indicarlo nello spazio sottostante relativo alla fatturazione

Modalità di Pagamento

● Bonifico intestato a Bquadro Congressi srl, via San Giovanni in Borgo 4, 27100 Pavia.
Coordinate bancarie: Intesa San Paolo filiale Pavia 2
IBAN IT39E0306911304100000003103 - BIC BCITITMM

Copia allegata

● Carta di credito

VISA MasterCard CartaSì scadenza mese /_/ anno /_/_/

numero /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ cvv /_/_/

titolare _____ firma _____

Da compilare e rispedire **entro il 5 ottobre** a:
Bquadro congressi, via San Giovanni in Borgo 4, 27100 Pavia
fax 0382 27697 – e-mail: info@bquadro-congressi.it

La conferma sarà inviata solo per e-mail

Intestazione della fattura se diversa dai dati sopra indicati:

Ente/Azienda.....

Indirizzo CAP

Città Paese

Partita IVA

oppure

Esenzione IVA

"Bquadro Congressi" La informa che i su indicati dati sono finalizzati all'assolvimento di obblighi di legge e contrattuali (organizzazione del convegno), nonché alla successiva comunicazione di programmi ed avvisi in ordine ad altre iniziative di tipo scientifico. Informative e comunicazioni potranno essere sia telefoniche che informatiche. I predetti dati non verranno diffusi, mentre saranno comunicati a terzi unicamente per adempiere alle finalità su indicate. Lei potrà esercitare in qualunque momento i diritti che l'art. 7 D. Lgs. 196/2003 Le conferisce, tra cui quello di richiedere la rettifica, l'integrazione e l'aggiornamento, la cancellazione ovvero il blocco dei dati trattati in violazione di legge, rivolgendo le Sue richieste ad Bquadro.

Preso atto dell'informativa, che dichiaro di aver letto e compreso in ogni suo punto,

esprimo il consenso

nego il consenso

al trattamento dei miei dati personali, anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.

Data _____ Firma _____

Rimborsi

Saranno rimborsate le quote di iscrizione per le cancellazioni pervenute entro l'**1 ottobre**. La richiesta di rimborso dovrà essere comunicata a Bquadro in forma scritta, per e-mail o fax, insieme alle coordinate bancarie per effettuare il bonifico (IBAN). Non saranno effettuati rimborsi per cancellazioni pervenute dopo l'1 ottobre e/o non comunicate a Bquadro per iscritto.

Accreditamento

E' in atto la pratica di accreditamento per la certificazione dell'evento finalizzata all'attribuzione di Crediti Formativi Regionali Lombardi ECM/CPD, secondo il programma Educazione Continua in Medicina per **le seguenti figure professionali:**

Medico chirurgo N° 100: Neurologi

Tecnico sanitario di laboratorio biomedico N. 20

Biotechnologo: N. 30

L'assegnazione dei crediti è subordinata all'effettiva partecipazione al programma formativo.

Sono stati preassegnati **n. 5,25 crediti ECM-CPD.**

Segreteria Organizzativa



Bquadro congressi srl
Via San Giovanni in Borgo, 4
27100 PAVIA
tel. 0382 302859 - fax 0382 27697
e-mail: info@bquadro-congressi.it
www.isnv.org