



Convegno LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE TRA ASPETTI GESTIONALI E PROBLEMI BIOETICI

Pavia, 13 Dicembre 2008, Aula Magna Collegio Ghislieri

SCHEDA DI ISCRIZIONE

da inviare alla Segreteria Organizzativa MED⁵ Congressi e Servizi Srl: **Fax 02.4812546** - info@medscongressi.it

COGNOME NOME

PROFESSIONE DISCIPLINA

INDIRIZZO: PRIVATO PROFESSIONALE

.....

VIA

CAP CITTÀ PROV

TEL FAX E-mail:

QUOTE ISCRIZIONE (IVA inclusa):

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> MEDICO / FARMACISTA / PSICOLOGO | € 100,00 |
| <input type="checkbox"/> DIETISTA / INFERMIERE | € 50,00 |
| <input type="checkbox"/> DIPENDENTI: Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
ASL Pavia / Azienda di Servizi alla Persona di Pavia | gratuita |
| <input type="checkbox"/> SPECIALIZZANDI (<i>allegare certificato di iscrizione alla Scuola di Specialità</i>) | gratuita |

PAGAMENTO

- ASSEGNO BANCARIO** "Non Trasferibile" intestato a MED⁵ S.r.l. di €
- BONIFICO BANCARIO** - copia allegata - "al netto delle spese" di €
intestato a MED⁵ S.r.l., IBAN IT 55 V 02008 01632 000008720776

Nota: indicare nella causale di versamento "Convegno e nominativo dell'iscritto".

Ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 196/03 Med's Srl in qualità di titolare La informa che il trattamento dei Suoi dati sarà effettuato in accordo alle disposizioni legislative del Codice della Privacy e degli obblighi di riservatezza ivi previsti. Il trattamento sarà effettuato presso la sede operativa di Med⁵ Srl, con mezzi informatici e cartacei, da personale espressamente autorizzato dal titolare e mediante l'adozione delle misure minime di sicurezza previste dal disciplinare tecnico. I Suoi dati non saranno diffusi e potranno essere comunicati a terzi solo per quanto previsto dalla legge o per l'espletamento dei servizi necessari. Inoltre potranno essere utilizzati per l'invio di ulteriore materiale informativo in ambito medico e scientifico. Il consenso a trattare i Suoi dati ed a inviarLe materiale scientifico è facoltativo, tuttavia senza il Suo espresso consenso non potrà partecipare al Convegno per il quale ha compilato la presente scheda d'iscrizione. In qualunque momento Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. 196/03 scrivendo a: Med's Srl, via Sardegna 36, 20146 Milano. Letta l'informativa presto il consenso al trattamento dei miei dati e all'invio di materiale per le finalità di cui sopra.

Firma Data

ATTENZIONE: in assenza di firma non potrà essere accettata l'iscrizione

FATTURAZIONE DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE (scrivere in stampatello)

- ¹ AL PARTECIPANTE
- ² ALL'ENTE/SOCIETÀ

VIA

CAP CITTÀ PROV

C.F.² P.IVA^{1,2}

RISERVATO ALLE SOLE AZIENDE OSPEDALIERE: Richiesta di esenzione IVA (art. 10, comma 20, D.P.R. 637/72)

Gli Enti pubblici che desiderino chiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota di iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne specifica richiesta apponendo il proprio timbro sulla scheda. Non verranno riconosciute richieste senza timbro.

1) dato obbligatorio se possessore di P.IVA 2) indicare obbligatoriamente C.F. e P.IVA anche se coincidono