



Convegno

# Il Management della Nutrizione Artificiale Domiciliare in Italia: Prospettive e Criticità

Pavia, 13 Novembre 2009, Aula Magna Collegio Ghislieri

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

da inviare alla Segreteria Organizzativa MED<sup>15</sup> 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):

- MEDICO / FARMACISTA € 100,00
- DIETISTA / INFERMIERE € 50,00
- DIPENDENTI: Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo  
ASL Pavia / Azienda di Servizi alla Persona di Pavia gratuita
- SPECIALIZZANDI (*allegare certificato di iscrizione alla Scuola di Specialità*) gratuita

### PAGAMENTO

- ASSEGNO BANCARIO "Non Trasferibile" intestato a MED<sup>15</sup> S.r.l. di € .....
- BONIFICO BANCARIO - copia allegata - "al netto delle spese" di € .....  
intestato a MED<sup>15</sup> 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.ggs. 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 Med<sup>15</sup> 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 inviare 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<sup>15</sup> Srl, via Sardegna 36, 20146 Milano. Letta l'informativa prelo 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)

- <sup>1</sup> AL PARTECIPANTE
- <sup>2</sup> ALL'ENTE/SOCIETÀ .....

VIA .....

CAP ..... CITTÀ ..... PROV .....

C.F.<sup>2</sup> ..... P.IVA<sup>1,2</sup> .....

### 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