focus

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare entro il 12 settembre 2008 alla Segreteria Organizzativa **Konicab srl**
Via F. Baracca, 7 - 40133 Bologna - Tel. 051 385328 - Fax 051 311350
pediatria@konicab.it - www.konicab.it

NUOVE TENDENZE IN DIAGNOSTICA E TERAPIA PEDIATRICA

25-27 settembre 2008 - Bologna, Hotel Relais Bellaria

Cognome ..... Nome .....

Istituto/Ospedale .....

Indirizzo Ospedale .....

CAP |_|_|_|_|_| Città ..... Prov. .....

Tel. ..... Fax .....

DATI OBBLIGATORI PER ATTRIBUZIONE CREDITI FORMATIVI ECM

Nato a ..... il ..... Codice Fiscale |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Professione ..... Specialista in .....

E-mail ..... Tel. ..... Cell. .....

Residenza ..... N. civico .....

CAP |_|_|_|_|_| Città ..... Prov. .....

QUOTA DI ISCRIZIONE

Tale quota comprende: frequenza al Focus, kit congressuale, atti del Focus, attestato finale di partecipazione, attestato ECM (se correttamente consegnato), open bar e lunch.

- ❑ *Soci SIP, SITOX, SIF, FOFI* ..... € 100,00 + iva 20%
- ❑ *Non Soci* ..... € 150,00 + iva 20%
- ❑ *Operatori Sanitari non Medici* ..... € 50,00 + iva 20%
- ❑ *Specializzandi (si prega di allegare la lettera della scuola di specialità)* ..... € 50,00 + iva 20%

DATI PER LA FATTURAZIONE

Intestare fattura a (Ragione Sociale o Cognome e Nome) GRATUITO - SOCIO SITOX/SIF

Via ..... CAP |_|_|_|_|_| Città ..... Prov. .....

Partiva IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Codice Fiscale |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

RICHIESTA DI ESENZIONE IVA (art. 10 c. 20 DPR 637/72)
Gli enti pubblici che desiderano richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota di iscrizione dei propri dipendenti sono tenuti a farne richiesta apponendo il proprio timbro qui a lato.
Non sono riconosciute richieste senza timbro e non è possibile richiedere emissione di nota di accredito a pagamento e/o fatturazione già avvenuta

MODALITÀ DI PAGAMENTO (barrare una casella)

❑ **Assegno Bancario** non trasferibile intestato a Konicab srl di € ..... Numero .....
(si prega di spedire l'assegno accompagnato dalla scheda d'iscrizione)

❑ **Bonifico Bancario** effettuato a favore di: Konicab srl - Banca CRV - IBAN: IT49S0636502401000003115401

❑ Carta di Credito ❑ VISA ❑ CARTASI ❑ MASTERCARD

Carta n. |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| Codice di sicurezza CVV2 (indicato sul retro della carta) |_|_|_|

Titolare della carta ..... Data di scadenza |_|_| |_|_|

Data ..... **Firma** (obbligatoria per pagamento con Carta di Credito) .....

Informazioni e consenso ex articoli 9, 10, 11 L. 675/96. Il/La sottoscritto/a con firma apposta sulla presente, manifesta il proprio consenso ai sensi degli articoli 11 e 20 L. 675/96, affinché i dati che lo/la riguardano, siano oggetto di tutte le operazioni di trattamento nella lettera d) art. 1 legge citata.

Data ..... Firma .....