

ROMA - FRASCATI 15 - 16 marzo 2019

Dermato allergologia

EVENTO ECM n. **2453 - 251316** - crediti formativi n. **5,6**

Evento accreditato presso il Ministero della Salute per: **MEDICO CHIRURGO** per le seguenti discipline*:

Allergologia ed Immunologia Clinica; Cardiologia; Dermatologia e Venereologia; Pediatria; Chirurgia Generale; Gastroenterologia; Medicina Generale (Medici di Famiglia); Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)

BIOLOGO; INFERMIERE PEDIATRICO; INFERMIERE

ECM: SI NO

Cognome _____ Nome _____

ORDINE _____ CITTÀ DI ISCRIZIONE: _____ NUMERO DI ISCRIZIONE: _____

Ruolo Partecipante LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO PRIVO DI OCCUPAZIONE

Professione: MEDICO CHIRURGO BIOLOGO INFERMIERE PEDIATRICO INFERMIERE

*Disciplina _____

Sede Lavoro _____

Indirizzo Lavoro _____ C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____

Tel. lavoro _____ Cell. _____ Fax _____ E-mail _____

Professione _____ Disciplina _____

Nato a _____ il _____ C.F.

Indirizzo privato _____ C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

ESIGENZE ALIMENTARI PARTICOLARI (Coloro che hanno esigenze alimentari particolari sono pregati di segnalarle):

RECLUTATO NO SI nome azienda _____

Dati per la fatturazione _____

P.IVA / C.F. _____ Codice Univoco _____

QUOTE DI ISCRIZIONE (+ IVA 22%)

Quota di iscrizione con pernottamento **prima del 15 gennaio 2019** euro **400,00 + IVA**

Quota di iscrizione con pernottamento **dopo il 15 gennaio 2019** euro **450,00 + IVA**

RIEPILOGO PAGAMENTO

QUOTA euro _____

+ IVA 22% euro _____

TOTALE PAGAMENTO euro _____

SCHEDE DI ISCRIZIONE SENZA L'ALLEGATO PAGAMENTO NON SARANNO VALIDE.

QUOTE DI ISCRIZIONE

La quota d'iscrizione include: kit del congresso, partecipazione ai lavori scientifici del giorno 15 e 16 marzo, il pernottamento del 15 sera, attestato di partecipazione, ECM, cocktail di benvenuto e cena di venerdì 15 marzo, lunch a buffet sabato 16 marzo.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Coloro che desiderano partecipare al Congresso sono pregati di inviare alla Segreteria Organizzativa la scheda di iscrizione, debitamente compilata ed accompagnata dalla relativa quota. Il pagamento può essere effettuato mediante assegno circolare, vaglia postale, carta di credito o bonifico bancario al netto di spese per il beneficiario sul c/c **IT 05 G 02008 40261 000003932981** UniCredit, Corso Italia, 259 - 80067 Sorrento (NA) intestato alla ITALYMEETING srl, oppure pagamento on - line all'indirizzo web <http://eshop.italymeeting.it>

CANCELLAZIONI ISCRIZIONI - Eventuali rinunce all'iscrizione danno diritto al rimborso del 70% sulle quote versate, detratte le spese, se pervenute alla Segreteria Organizzativa entro il 10/02/2019. Dopo tale periodo non verrà riconosciuto alcun rimborso.

INVIARE A: ITALYMEETING srl - VIA PARSANO, 6/b - 80067 SORRENTO (NA) - tel. 0818073525 - 0818784606 - fax 0818071930 - info@italymeeting.it

Preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei Dati all'indirizzo sotto indicato, autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 e 14 del Regolamento Europeo sulla Privacy 2016/679, sino a revoca scritta da parte mia, ad opera della ITALYMEETING srl, con sede in Sorrento alla Via Parsano, 6/b e Spoleto in Via S. Agata, 8, nei limiti di detta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto della vigente normativa. L'informativa completa è disponibile sul sito www.italymeeting.it/privacy.pdf

Data _____ Firma _____

Autorizzo l'invio di informazioni relative ad altri eventi o iniziative di potenziale interesse.

SI NO

PAGAMENTO EFFETTUATO A MEZZO:

BONIFICO VAGLIA POSTALE

ASSEGNO N. _____ BANCA _____

ON LINE CON CARTA DI CREDITO

<http://eshop.italymeeting.it>

CARTA DI CREDITO

VISA MASTERCARD EUROCARD

NUMERO _____

CVV - Codice di Sicurezza

(le ultime tre cifre del numero riportato sul retro della Carta) _____

INTESTATA A _____

DATA DI SCADENZA _____

DATA _____ FIRMA _____

SCHEDE DI ISCRIZIONE