

POLIOMAVIRUS:
AGENTI NOTI ED EMERGENTI ALLA RICERCA DI NUOVI RUOLI IN PATOLOGIA UMANA
Starhotels Savoia Excelsior Palace
Riva del mandracchio 4
Trieste, 25 settembre 2009

SCHEDA DI ISCRIZIONE
da restituire entro il 03 settembre 2009 alla Segreteria Organizzativa
the office – via San Nicolò 14, 34121 Trieste - fax 040 368808

Si prega di compilare in stampatello (una per ogni partecipante)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

C.F. _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel abitazione _____ Cell _____

e-mail _____

Azienda / Struttura d'appartenenza _____

Indirizzo _____

Tel lavoro _____ Fax _____

Quote di partecipazione (esenti IVA ai sensi della L. 573/93, art. 14, comma 10):

- € 80,00 Medico chirurgo
- € 40,00 Biologo, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Specializzando esterno, altre figure

Figure accreditate ECM:

Medico chirurgo con specializzazione in:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Area interdisciplinare | <input type="checkbox"/> Oncologia |
| <input type="checkbox"/> Pediatria | <input type="checkbox"/> Ematologia |
| <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Igiene – epidemiologia e sanità pubblica |
| <input type="checkbox"/> Reumatologia | <input type="checkbox"/> Medicina generale |
| <input type="checkbox"/> Microbiologia e virologia | <input type="checkbox"/> Medicina del lavoro |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Biologo

Tecnico sanitario laboratorio biomedico

Figure non accreditate ECM:

Altro _____

Se i dati della fattura non corrispondono a quelli indicati nella scheda di iscrizione annotare nella zona sottostante eventuali modifiche (se possessore di Partita IVA, è indispensabile indicarla)

Cognome Nome / Azienda _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

C.F. _____

P.IVA _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Modalità di pagamento

- bonifico bancario da versare sul c/c n. 28380/26 - IBAN IT28F0504002230000002838026 - SWIFT ANTBIT2PTST Banca Antonveneta - Sede di Trieste, piazza Borsa 11/a - 34121 Trieste – intestato a "the office": Il relativo bonifico deve pervenire almeno 5 giorni prima della data di inizio della manifestazione. In caso contrario, la Segreteria Organizzativa si riserva di richiedere al partecipante l'importo dovuto in sede congressuale
- Indicare nella causale la dicitura "Poliomavirus09" e nome/i e cognome/i del/dei partecipante/i.

Indispensabile accludere la fotocopia del bonifico di Euro

Cancellazioni

Saranno accettate solo le cancellazioni pervenute a *the office srl* per iscritto con le seguenti modalità:

Quota d'iscrizione

fino al 3 settembre penale del 20% per spese di segreteria

dopo il 3 settembre non verrà effettuato alcun rimborso

Tutti i rimborsi verranno effettuati a fine manifestazione.

Data

Firma

Informativa Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. n. 196/03 si informa che il trattamento dei dati personali forniti è necessario per eseguire organizzazione di congressi, eventi e servizi linguistici; la mancata comunicazione comporta l'impossibilità di svolgere correttamente il trattamento, tutto o in parte. Il trattamento avverrà presso THE OFFICE SRL, via San Nicolò 14, Trieste, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate.

I dati potranno essere comunicati ad altre società per il conseguimento delle medesime finalità e servizi, Pubbliche Amministrazioni, Liberi Professionisti, Istituti bancari, a tutti i partecipanti all'evento; dei dati potranno venire a conoscenza anche gli incaricati del trattamento. Responsabile del trattamento è ROSSELLA SPANGARO. Per esercitare i diritti previsti all'art. 7 (accesso, rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione), l'interessato rivolgersi al Titolare: THE OFFICE SRL, via San Nicolò 14, TRIESTE.

Esprimo il consenso ed autorizzo il trattamento dei dati personali anche ai fini dell'invio di successivi inviti ad altri eventi, dell'invio di materiale pubblicitario della scrivente, a comparire su materiali promozionali della scrivente.

Data

Firma
