



Cognome Nome

C. F. (per ECM) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Professione Specializzazione.....

Compilare obbligatoriamente uno dei seguenti campi:
 Libero professionista Dipendente Convenzionato Privo di occupazione

Recapito privato

Via

Cap Città Prov

Tel Cell

Fax e-mail (per invio Attestato ECM)

Intestazione della Fattura:

Via

Cap Città Prov

PARTITA IVA NO | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Quota d'iscrizione: (barrare la casella di competenza)
FORMULA RESIDENZIALE
 € 600,00 + IVA 22% = € 732,00 per medici;

 € 500,00 + IVA 22% = € 610,00 per Medici iscritti all'A.O.G.O.I. e/o Scuola EVA in regola con la quota associativa annuale;

FORMULA NON RESIDENZIALE
 € 200,00 + IVA 22% = € 244,00 per medici;

 € 150,00 + IVA 22% = € 183,00 per Medici iscritti all'A.O.G.O.I. e/o Scuola EVA in regola con la quota associativa annuale;

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assegno non trasferibile intestato a D.B. S.r.l.
Inviare la scheda compilata e l'assegno con raccomandata a:
D.B. S.r.l. – Viale A. Corassori 70 – 41124 Modena (MO). | <input type="checkbox"/> Bonifico Bancario intestato a D.B. S.r.l. presso Cassa di Risparmio di
Cesena fil. Modena Ovest (MO) ABI 06120 – CAB 12996 – C/C 388
IBAN: IT 54 M 06120 12996 CC096 0000 388 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE DA PARTE DI ENTE PUBBLICO (ASL)

Se la quota di iscrizione viene corrisposta dalla ASL, alla Scheda di Iscrizione deve essere allegata la richiesta della ASL con l'autorizzazione alla emissione della Fattura senza IVA. Il saldo dell'iscrizione deve pervenire prima dell'inizio dell'Evento. In caso contrario, verrà richiesto il pagamento al partecipante. Non saranno accettate autorizzazioni di A.S.L. pervenute dopo la fine dell'Evento, né dopo l'emissione della Fattura.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE ON LINE: collegarsi al sito www.dbsrl.it

Ai sensi del decreto Legislativo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", D.B. S.r.l. riserva ad ogni dato anagrafico procedure di trattamento idonee a tutelarne la riservatezza. Tale trattamento consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modifica, cancellazione, utilizzo degli stessi per fini di Segreteria Organizzativa e quant'altro utile per l'esecuzione dei propri servizi di diffusione e trasmissione delle informazioni relative ad Eventi Congressuali di carattere Scientifico nonché a scopi amministrativi, contabili o anche giudiziari qualora le Autorità competenti lo richiedano. A tutela di ogni diritto sancito dalla legge, D.B. S.r.l. è disponibile ad eliminare immediatamente i suoi dati anagrafici dalla propria mailing list al ricevimento della sua richiesta di cancellazione. A norma di legge tale richiesta dovrà essere formulata per iscritto ed indirizzata a: D.B. S.r.l. Via A. Corassori 70 – 41124 Modena

Data ____/____/14 Firma.....



Viale A. Corassori, 70 – 41124 Modena (Mo) Tel 338 4224499 –

Fax 059 2921767

 e mail: segreteria@dbsrl.it www.dbsrl.it (sito)
