

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Monza

CONVEGNO

**“ LA STIMOLAZIONE ELETTRICA TRANSCRANICA NEL PROGETTO
RIABILITATIVO INDIVIDUALE DELLA PERSONA CON ESITI DI ICTUS ”**

Monza, 1 OTTOBRE 2016

*Inviare la scheda debitamente compilata e copia del bonifico, alla segreteria organizzativa:
e-mail: g.surico@asst-monza.it tel: 0392339368 fax: 039 2339789*

COSTO DELL'ISCRIZIONE

Se fattura intestata al partecipante

100 euro per Dirigenti Medici e Neuropsicologi (comprensiva d' IVA 22%)

80 euro per tutte le altre figure del comparto sanitario e per i Dirigenti iscritti alle Società Scientifiche SIMFER o SIRN (comprensiva d' IVA 22%)

Il bonifico dovrà essere intestato a:

Banca Intesa Sanpaolo S.p.a., sede Monza - Piazza Trento e Trieste n° 10

IBAN IT49L0306920407100000046081

intestato a "ASST-MONZA"

Si ricorda che il nome del partecipante e la causale (iscrizione convegno "LA STIMOLAZIONE ELETTRICA TRANSCRANICA NEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE DELLA PERSONA CON ESITI DI ICTUS" devono essere chiaramente indicati sul bonifico inviato.

Se l'iscrizione è sostenuta da ente pubblico

78 euro per Dirigenti (esente IVA)

62,40 euro per tutte le altre figure del comparto sanitario e per i Dirigenti iscritti alle Società Scientifiche SIMFER o SIRN (esente IVA)

RISERVATO ALLE SOLE AZIENDE SANITARIE

Richiesta di esenzione IVA (art. 10 comma 20 dpr 637/02).

Intestare fattura a :

Azienda di appartenenza _____

Cod. Fisc. _____ **P.IVA** _____

Indirizzo _____ **CAP** _____

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza

sede legale

20900 Monza MB - Via G. Pergolesi, 33 - Tel.039.233.1 Fax 039.233.9775 - www.asst-monza.it P.IVA 09314290967 C.F. 09314290967

SCHEDA D'ISCRIZIONE

“ LA STIMOLAZIONE ELETTRICA TRANSCRANICA NEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE DELLA PERSONA CON ESITI DI ICTUS ”

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____	Nome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Indirizzo _____	
Città _____	CAP _____
Tel: _____	Cell: _____
E-mail _____	
Codice Fiscale: _____	
Qualifica: _____	Disciplina: _____
Ente di appartenenza _____	
to alle Società Scientifiche SIMFER o SIRN	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Studente <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
Si richiedono i crediti ECM-CPD Regione Lombardia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

Informativa art. 13 del D. L.gs. n. 196/2003. Si precisa che le informazioni fornite saranno trattate nel pieno rispetto degli obblighi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza dei diritti del personale interessato. I dati acquisiti saranno utilizzati anche mediante strumenti elettronici e con le modalità idonee per la gestione amministrativa dell'iniziativa. I dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici in aderenza ad obblighi di legge, per trattamenti funzionali all'adempimento del contratto ed ove previsto all'acquisizione dei crediti ECM-CPD Regione Lombardia. In ogni momento, il personale interessato potrà esercitare i diritti previsti dalla normativa sulla privacy ai sensi dell'art. 7 del D. L.gs n.196/2003, inviando una richiesta all'ASST-MONZA, via Pergolesi n. 33 - Monza.

Data _____

Firma _____