PRINCIPI GENERALI IN MATERIA DI ORDINAMENTO DELLA SANITA'. LINEAMENTI DI DIRITTO SANITARIO

Roma, 3-4 Aprile 2011

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Da compilare in stampatello e spedire via fax (allegando copia del bonifico) a:

Medi K S.r.l. tel. 06-89280089 - **Fax 06.89280089**

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO: VIA _____ N. _____

C.A.P. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____ CELLULARE _____

E-MAIL _____ @ _____

Cod. Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ P.IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data e luogo di nascita ___/___/_____

ISCRIZIONI

per la quota con pernotto
verificare con la Segreteria
la disponibilità di posto presso la struttura alberghiera

	QUOTA SENZA PERNOTTO	QUOTA CON PERNOTTO HOTEL VILLA EUR
Medico Chirurgo	**60,00 €** (50,00 € + IVA)	**144,00 €** (120,00 € + IVA)

LIBERO PROFESSIONISTA ☐ STRUTTURATO ☐

ISTITUZ. DI APPARTENENZA _____

QUALIFICA _____

L'ADESIONE COMPORTA L'ACCETTAZIONE INTEGRALE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI ENELCATE NEL DEPLIANT ILLUSTRATIVO DELL'EVENTO

Data, ___/___/_____ Firma _____

DATI FATTURA (Da compilare obbligatoriamente se i dati per l'intestazione della fattura sono diversi da quelli personali)

RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO: VIA _____ N. _____

C.A.P. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____

E-MAIL _____ @ _____

Cod. Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ P. IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Richiesta di esenzione IVA (D.P.R. 633/72)

Timbro dell'ente esente da IVA

Gli enti pubblici che desiderino richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota d'iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne richiesta alla Segreteria Organizzativa fornendo i propri dati fiscali completi apporre il proprio timbro sulla scheda d'iscrizione del dipendente

Non è possibile richiedere il rimborso dell'IVA e l'emissione della relativa nota d'accredito a pagamento già avvenuto.

Iscrizione € _____ a mezzo

☐ **Bonifico Bancario** intestato a **Medi K S.r.l., presso**
CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO
IBAN IT07U0622512121100000001775

☐ **Assegno bancario/circolare intestato a MEDI K S.r.l.**

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa ex. Art. 13 del Codice Civile in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 - Testo Unico delle norme in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali). Le informazioni e i dati comuni da Lei forniti per l'iscrizione al presente evento, saranno oggetto di trattamento nel rispetto delle disposizioni sopra menzionate e degli obblighi di riservatezza che ispirano l'attività di Medi K srl. Il trattamento dei dati sarà effettuato per: dare corso alla Sua iscrizione, invio di materiale informativo inerente l'organizzazione di attività da parte della nostra Società, gestione amministrativa ed extracontabile.
L'approvazione al trattamento è opzionale, ma in caso di mancanza della medesima Medi K srl, non sarà in grado, di erogare tutti o alcuni dei servizi oggetto della presente registrazione. Si rimanda, per una più completa visione del DL 196/2003 e del contenuto degli artt. 13 e 7 oltre al fine della nostra raccolta all'indirizzo **www.mediK.net**

☐ Presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per i fini qui indicati.

☐ Non presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, fatta eccezione l'iscrizione al presente evento ai trattamenti obbligatori previsti per legge.

Data ___/___/___ Firma _____

MediK

Azienda con sistema di qualità certificato N° CH-22480

SERVIZI E FORMAZIONE PER IL MONDO DELLA SANITÀ E DELLA SALUTE