CONVEGNO
EMORRAGIE E TROMBOSI: FOCUS SU PROBLEMI EMERGENTI
Cremona, Azienda "Istituti Ospitalieri", venerdì 6 marzo 2009

SCHEDA di ISCRIZIONE

DATI ISCRIZIONE
Si prega di compilare in stampatello e spedire tramite fax al numero 06.85.35.12.94 o e-mail: nl@nlcongressi.it

Codice fiscale (16 cifre) | | | | | | | | | | | | | | | | Titolo ☐ Dr ☐ Prof. ☐ Altro .....

Cognome ..... Nome .....

Professione ..... Disciplina .....

Recapito telefonico ..... Fax .....

Numero di cellulare ..... Indirizzo di posta elettronica .....

Indirizzo per comunicazioni .....

CAP ..... Città ..... Sigla PV .....

ISTITUTO/ENTE di appartenenza .....

..... CITTA' ..... Sigla PV .....

DATI PER LA FATTURAZIONE

Intestazione fattura .....

Indirizzo spedizione fattura .....

CAP ..... Città ..... Sigla Prov. .....

C. Fiscale o P. IVA ..... ☐ Esenzione IVA*

**Le Pubbliche Amministrazioni che iscriveranno i propri dipendenti, per poter usufruire dell'esenzione IVA ai sensi dell'art.14 comma 10 L.537/1993, dovranno specificarlo nella scheda di iscrizione, e la quota da versare dovrà essere scorporata dell'IVA 20% (dividere la quota di partecipazione per 1.2). Non verranno accettate richieste di modifica delle fatture già emesse.

ISCRIZIONI - Quota di iscrizione (inclusa IVA 20%):	**Entro il 15 dicembre 2008**	**Dopo il 15 dicembre 2008**
Medici, Biologi, Farmacisti	Euro 130,00	Euro 150,00
Tecnici di Laboratorio, Specializzandi, Infermieri	Euro 60,00	Euro 80,00

La quota di iscrizione comprende:
Ammissione alle Sessioni Scientifiche - Certificato ECM - Attestato di partecipazione - Coffee Break - Colazione di Lavoro

MODALITÀ DI PAGAMENTO - Il pagamento viene effettuato in Euro tramite:

☐ Assegno bancario/circolare n° .....

della Banca ..... Intestato a N.L. Congressi s.r.l.

☐ Bonifico bancario a favore di N.L. Congressi s.r.l.
Presso: Unicredit Banca - Agenzia di Roma 730 - Piazzale Clodio, 65 - 00195 Roma
IBAN IT 66 O 03002 03230 000010276331
Nel bonifico bancario si prega di specificare "Cremona 2009" ed il/i nominativo/i della/e persona/e iscritta/e

☐ Carta di Credito
Autorizzo il prelievo di € ..... dalla carta di credito: ☐ Visa ☐ Mastercard ☐ Eurocard
I servizi interbancari non accettano carte elettroniche

Numero della carta ..... Data di scadenza (su 4 cifre) .....

Nome e cognome del titolare .....

Data di nascita ..... Firma .....

Con riferimento al D.Lgs n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali si autorizza la N.L. Congressi s.r.l. al trattamento dei dati personali per finalità strettamente funzionali alla gestione del rapporto.

☐ Do il consenso ☐ Non do il consenso

Firma .....