

Scheda d'iscrizione

INTERDISCIPLINARIETÀ E QUALITÀ DEL PROCESSO ASSISTENZIALE NELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI E ATTUALITÀ IN STOMATERAPIA.

DA INVIARE A: **SOLUZIONI OMNIA MEDIA Srl** - Via Anfiteatro, 10 - 37121 Verona - Fax 045 8021669
ALLEGARE: Assegno circolare o copia bonifico bancario per iscrizione, pernottamento e/o cena di Gala

COGNOME _____ NOME _____

PROFESSIONE _____ QUALIFICA _____

NATO A _____ IL _____

INDIRIZZO PRIVATO P.ZZA/VIA _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. AB. _____ CELL. _____ E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO PROFESSIONALE/OSPEDALE _____

INDIRIZZO _____ REPARTO _____

TEL. OSP. _____ FAX OSP. _____ E-MAIL OSP. _____

INDIRIZZO DA UTILIZZARE PER CORRISPONDENZA PRIVATO PROFESSIONALE

INTESTATE LA FATTURA A: _____

INDIRIZZO _____

CODICE FISCALE O PARTITA IVA _____

RISERVATO ALLE SOLE AZIENDE OSPEDALIERE

Richiesta di esenzione IVA (art. 10 comma 20D.P.R. 637/72). Gli enti pubblici che desiderino richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota d'iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne specifica richiesta barrando ed apponendo il proprio timbro nello spazio di seguito riportato. Non verranno riconosciute le richieste senza timbro.

**Timbro dell'ente che fa richiesta
dell'esenzione IVA**



1- ISCRIZIONE AI CORSI:

Quota d'iscrizione (IVA 20% inclusa)

- Interdisciplinarietà e qualità del processo assistenziale nelle malattie infiammatorie croniche intestinali** euro 55,00
 Attualità in Stomatologia euro 30,00
 Partecipazione ad entrambi i corsi euro 70,00
-

2- HOTEL – PERNOTTAMENTO

Desidero pernottare **HOTEL** 5 stelle 4 stelle 3 stelle 3 stelle decentrati
(barrare)

n. ____ camera **doppia uso singola** n. ____ camera **doppia** - Condivisa con: _____

Data di arrivo ____/04/2006 Data di partenza: ____/04/2006 (completare)

Il saldo dei pernottamenti dovrà essere inviato direttamente alla Segreteria Organizzativa e avrà valore di conferma; eventuali extra verranno saldati direttamente in albergo.

n. pernottamenti _____ **importo hotel a notte** euro _____

Totale costo hotel euro _____

3- CENA DI GALA

Quota di partecipazione (euro 50,00)

n. ____ Cena di Gala euro _____

4- TOTALE GENERALE (SOMMA PUNTO 1,2,3)

euro _____

Allegato: assegno circolare/bancario non trasferibile intestato a Soluzioni Omnia Media;
 copia bonifico bancario - intestato a: Soluzioni Omnia Media Srl - Banca Popolare dell'Emilia Romagna
sede di Verona - CIN I ABI 5387 CAB 11700 c/c 881503.

Si autorizza a trattare i dati indicati nella presente scheda nei limiti consentiti dalla legge.

Data _____ Firma _____