

## CORSO

### 4ª GIORNATA CAGLIARITANA DI GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

**27 SETTEMBRE 2013**

Aula magna dell'Asse Didattico  
Università degli studi di Cagliari  
Policlinico Universitario

#### **SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO**

Compilare in stampatello, ritagliare e inviare per posta, fax o e-mail a  
Kassiopea Group srl; Via G. Mameli, 65; 09124 Cagliari; Fax 070/656263;  
e-mail: barbarapanico@kassiopeagroup.com

QUALIFICA:             Specializzando             Medico             Studente

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

Istituto o Ente \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Specialista in \_\_\_\_\_

#### **Quote di iscrizione \***

Quota di € 60,00 con IVA 21% inclusa

\*La quota di iscrizione per Studenti e Specializzandi è gratuita.

\*La quota di iscrizione comprende il lunch, il coffee break e il materiale congressuale

#### **Modalità di pagamento**

Le quote di iscrizione vanno inviate, unitamente alla scheda di registrazione, alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group srl.

Paga euro \_\_\_\_\_ totali per:

Iscrizione al Congresso

Paga con:

- Allegato assegno bancario non trasferibile intestato a Kassiopea Group srl.  
 Bonifico bancario intestato a: Kassiopea Group srl presso c/o BNL Agenzia 3 IT  
84h0100504998000000002523(causale: Cognome e Nome; Iscrizione Congresso 4° giornata  
cagliaritana di ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza– allegare fotocopia del bonifico)  
*N.B. non saranno accettati bonifici gravati da spese bancarie che sono totalmente a carico  
dell'ordinante*

***Dati per la fatturazione (obbligatori)***

Si prega osservare che, qualora il presente riquadro non fosse compilato, non sarà effettuata alcuna iscrizione al Congresso.

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Intestazione fattura \_\_\_\_\_

Indirizzo Fiscale: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Partita Iva (obbligatoria se esistente) \_\_\_\_\_

*N.B. Agli Enti pubblici che iscrivono i propri dipendenti è richiesto di trasmettere contestualmente all'invio della presente scheda la dichiarazione di esenzione IVA in base all'art.14, comma 10, della legge 537/1993; in caso di omissione di tale documentazione, non sarà possibile modificare fatture già emesse.*

Non saranno accettate schede d'iscrizione incomplete e non corredate della relativa quota.

Trattamento dati Personali (Dlgs. 196/2003)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_