



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona.

Si prega di compilare in stampatello e inviarla entro il 31 maggio 2020 alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl all'indirizzo e-mail: luisaserra@kassiopeanews.com

Medico (disciplina _____)
 Specializzando Infermiere Fisioterapista

Mi iscrivo alla seguente giornata congressuale:

5 giugno (non accreditata ECM) 6 giugno (accreditata ECM) entrambe le giornate

Indicare la forma contrattuale (obbligatorio ai fini ECM):

Libero Professionista Dipendente Convenzionato con assicurazione
 Convenzionato con altro Convenzionato con cassa mutua Convenzionato con INAIL
 Convenzionato con SSN Studente Privo di occupazione

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Luogo e data di nascita _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

INDIRIZZO LAVORO

Via _____ n. _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Istituto Ospedale Università Azienda Ente

Reparto Dipartimento Clinica U.O. Divisione

INDIRIZZO DOMICILIARE

Via _____ n. _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Tel. _____ e-mail _____

N.B. Tutti i campi soprariportati sono obbligatori ai fini della corretta iscrizione e per la fruizione del live webinar

Versa per iscrizione al Congresso € 50,00 IVA inclusa entro il 31 maggio 2020 tramite:

- bonifico bancario intestato a Kassiopea Group srl : **IBAN IT 34 L 01005 44100 0000 0000 3355**

(causale: Cognome e Nome; Iscrizione Congresso "Nel CUORE di... Cagliari" - [allegare fotocopia del bonifico](#))

N.B. Non saranno accettati bonifici gravati da spese bancarie che devono essere totalmente a carico dell'ordinante.

Dati per la fatturazione (obbligatori)

Si prega osservare che, qualora il presente riquadro non fosse compilato, la fattura sarà intestata al partecipante

Intestazione fattura (Nome e Cognome/Ente) _____

Indirizzo Fiscale/Sede legale: Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____

Partita Iva (obbligatoria se esistente) _____

Codice Destinatario e/o indirizzo PEC (se in possesso) _____

Regime IVA: Forfettario/minimi Regime ordinario

Informativa sulla Privacy (Regolamento UE 679/2016)

Il sottoscritto _____ autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sulla privacy

Data _____ Firma _____