



GIORNATA SARDA DI ORTOPEDIA PEDIATRICA

Aula Magna Complesso Biologico – AOU Sassari
Sassari – 24 giugno 2017

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona. Si prega di compilare in stampatello e inviarla entro il 15 giugno 2017 alla Segreteria Organizzativa:

Kassiopea Group Srl, via Stamira 10 - 09134 Cagliari o al numero di fax 070 656263 o via email a: domizianamessina@kassiopeagroup.com

Medico Fisioterapista Infermiere Infermiere Pediatrico Specializzando Studente

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Reparto _____ Disciplina _____

Tel. _____ Cell. _____

email _____

Indirizzo privato:

Via _____ n° _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

Indirizzo lavoro:

Ente _____

Via _____ n° _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

Tel. _____ Fax _____

QUOTE DI ISCRIZIONE

<input type="checkbox"/> Medico	€ 50,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	€ 20,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Infermiere e Infermiere Pediatrico	€ 20,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Specializzando (Ortopedia e Pediatria)	iscrizione gratuita
<input type="checkbox"/> Studente	iscrizione gratuita

Versa per iscrizione al Congresso € _____ IVA inclusa entro il 15 giugno 2017 tramite :

- assegno bancario non trasferibile intestato a Kassiopea Group srl.

- bonifico bancario intestato a Kassiopea Group srl

BNL - IT 34 L 01005 44100 0000 0000 3355

(causale: Cognome Nome; Iscrizione "Giornata sarda di Ortopedia Pediatrica" – 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) _____

Legge 196/2003 sulla privacy

Il sottoscritto _____ autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del

D. Lgs. 196/2003 sulla privacy

Data _____

Firma _____