



XXXVI Congresso NSoSOT - VII Congresso OTODI Sardegna
Le instabilità mono e multisegmentarie del rachide

L'instabilità femoro-rotulea

THotel, Cagliari – 16/17 ottobre 2015

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona. Si prega di compilare in stampatello e inviarla 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

- Socio NSoSOT (in regola con la quota di iscrizione) Non Socio
 Biologo Fisioterapista Infermiere Tecnico ortopedico

Sig./Dr/Prof. _____

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"/> Socio NSoSOT (in regola con la quota di iscrizione alla Società) | ISCRIZIONE GRATUITA |
| <input type="checkbox"/> Non Socio | € 50,00 IVA inclusa |
| <input type="checkbox"/> Biologo | € 30,00 IVA inclusa |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista | € 30,00 IVA inclusa |
| <input type="checkbox"/> Infermiere | € 30,00 IVA inclusa |
| <input type="checkbox"/> Tecnico ortopedico | € 30,00 IVA inclusa |

Versa per iscrizione al Congresso € _____ IVA inclusa entro il 25 settembre 2015 tramite :

- assegno bancario non trasferibile intestato a Kassiopea Group srl.

- bonifico bancario intestato a Kassiopea Group srl

BNL - IBAN IT84H010050499800000002523

(causale: Cognome Nome; Iscrizione Congresso NSoSOT 2015 – 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 _____