

Corso di Aggiornamento
LEGIONELLA SPP E INFEZIONI CORRELATE:
INNOVAZIONE, ATTUALITÀ E PROSPETTIVE
Modena 28/29/30 novembre 2013

SCHEDA DI ISCRIZIONE
Da inviare, compilata in ogni sua parte, a INTERMEETING entro il 22/11/2013 tramite mail (segreteria@intermeeting.it)
o tramite fax (0039 0521 228981)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Num. iscr. Ordine, Collegio, Assoc. _____

MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA IN:

Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro

Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica

Medicina Legale

Malattie dell'Apparato Respiratorio

Malattie Infettive

altro _____

TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO

BIOLOGO

INFERMIERE PROFESSIONALE (Infermiere Epidemiologo)

TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO

ASSISTENTE SANITARIO

PROFESSIONE EQUIPOLLENTE (indicare l'equipollenza riferita professioni/specialità accreditate e normativa di riferimento) _____

ALTRO _____

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

Ente/Istituto _____

e-mail _____ Indirizzo personale _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Cellulare _____

QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA ESCLUSA): € 280,00 + Iva 22% (€ 341,60)

SOCI SITI (IVA ESCLUSA): € 230,00 + Iva 22% (€ 280,60)

PARTECIPAZIONE AD UNA SOLA GIORNATA (IVA ESCLUSA): € 100,00 + Iva 22% (€ 122,00)

P.S. Le registrazioni effettuate da enti pubblici saranno esenti IVA.

MODALITA' DI PAGAMENTO:

**BONIFICO BANCARIO INTESTATO A:
INTERMEETING SNC – BANCA POPOLARE DI NOVARA
IBAN: IT89X0503433580000000000252**

**Prego specificare nome e cognome del partecipante e luogo e data del corso.
Le spese bancarie dovranno essere interamente a carico del partecipante.**

CANCELLAZIONI E RIMBORSI:

Le cancellazioni saranno accettate solo se perverranno per iscritto.

- Se ricevute entro e non oltre 10 giorni prima dell'inizio dell'incontro daranno diritto ad un rimborso pari al 50% della quota di iscrizione;

ESTREMI DI FATTURAZIONE:

Desidero fattura intestata a: _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Partita Iva _____

In assenza di P.IVA, indicare il proprio codice fiscale

In ottemperanza all'art. 23 del D.Lgs. n° 196/03 del 30 giugno 2003, presto il consenso al trattamento dei miei dati

Data _____ Firma _____