

Scheda di iscrizione

26° CONGRESSO CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Roma, 19 - 20 Novembre 2015

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

Cognome* _____ Nome* _____
Qualifica* _____ Ospedale* _____
nato il* ____ / ____ / 19 ____ a _____
Cod.Fisc.* _____
Tel.* _____ Fax* _____ Cell* _____
Via* _____ n.* _____
CAP* _____ Città* _____ Prov.* _____
E-mail* _____

(*campi obbligatori per ricevere comunicazione dell'avvenuta iscrizione)

ISCRIZIONI ON LINE: direttamente su www.laparoscopic.it

SCADENZE	ON LINE PER SOCI ACIT	ON LINE NON SOCI ACIT	ON LINE AZIENDE SOCI E NON SOCI ACIT VIA FAX
10 febbraio	€100,00 (IVA incl.)	€150,00 (IVA incl.)	€200,00 (IVA incl.)
30 aprile	€150,00 (IVA incl.)	€200,00 (IVA incl.)	€250,00 (IVA incl.)
31 agosto	€250,00 (IVA incl.)	€300,00 (IVA incl.)	€350,00 (IVA incl.)
12 novembre	€350,00 (IVA incl.)	€450,00 (IVA incl.)	€600,00 (IVA incl.)
COSTO PER 1 NOTTE IN HOTEL 4 STELLE IN CAMERA SINGOLA			
10 febbraio	€ 50,00 (IVA incl.)	€ 70,00 (IVA incl.)	€ 70,00 (IVA incl.)
30 aprile	€ 55,00 (IVA incl.)	€ 75,00 (IVA incl.)	€ 75,00 (IVA incl.)
31 agosto	€ 65,00 (IVA incl.)	€ 85,00 (IVA incl.)	€ 85,00 (IVA incl.)
31 ottobre	€ 80,00 (IVA incl.)	€100,00 (IVA incl.)	€100,00 (IVA incl.)
10 novembre	€100,00 (IVA incl.)	€120,00 (IVA incl.)	€120,00 (IVA incl.)

per ulteriori informazioni consultare www.laparoscopic.it

*SPECIALIZZANDI: gratuita fino al 20 ottobre 2015 (oltre verrà applicata la quota prevista per le iscrizioni ONSITE). È necessario inviare il certificato di frequenza della scuola di partecipazione firmato dal direttore. •Supplemento per camera doppia €20.00 iva inclusa a notte. •Per le iscrizioni effettuate con o senza albergo non è previsto nessun rimborso.
•Eventuali richieste di cambio sui pacchetti hotel saranno accettate a seconda della disponibilità e comunque entro la data di vendita pacchetti. •Dopo tale data le iscrizioni saranno accettate per tutti solo in sede congressuale alla quota di €950.00 senza prenotazione alberghiera. •L'iscrizione per il triennio 2014-2016 ad ACIT è gratuita per tutti coloro che ne faranno richiesta

ISCRIZIONI TRADIZIONALI è necessario accludere

assegno bancario intestato a: C&S Congressi srl da spedire via posta a: C&S Congressi srl - Via Tirone, 11 - 00146 Roma

bonifico bancario presso Banca Sella Ag. 79 di Roma - P.zza Poli 38-41 00187 Roma IBAN: IT29 E 03268 03200 052853099580 BIC (Swift code): SELBIT2BXXX Check Digit: IT 29 CIN: E ABI: 03268 CAB: 03200 C/c n. 052853099580 intestato a C&S Congressi S.r.l.

(indicare nella causale il partecipante e 26° Congresso Chirurgia dell'Apparato Digerente)

numero di CRO _____ importo versato _____

Spese bancarie a carico del mittente e copia del pagamento da inviare via fax +390693387620

DATI FATTURAZIONE

Nome _____ Cognome _____
Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ PV _____
P. IVA _____ Cod.Fisc. _____

Azienda esente iva secondo art*:

(per le Aziende esenti iva accludere autorizzazione in carta intestata)

L'ISCRIZIONE NON SARA' RITENUTA VALIDA SE NON ACCOMPAGNATA DAL VERSAMENTO

Informativa ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

I dati personali da Lei forniti ovvero acquisiti da terzi, sono trattati per finalità connesse all'esecuzione degli adempimenti relativi alla Sua partecipazione al Congresso. Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003 i trattamenti sono effettuati mediante elaborazioni manuali o strumenti elettronici o automatizzati, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati personali. Il Titolare del trattamento può avvalersi di altre società e/o di soggetti di propria fiducia che svolgono compiti quali: servizi stampa, comunicazioni alla clientela, elaborazione dati e consulenza informatica. I dati potranno pertanto essere utilizzati per attività promozionali, sempre in relazione all'espletamento delle attività relative al Congresso e alla formazione sotto l'egida Acit e di laparoscopic.it. Il conferimento dei Suoi dati personali è facoltativo ma in difetto Le sarà preclusa la partecipazione al convegno. (Non sarà possibile accettare l'iscrizione in assenza del consenso)

Per accettazione Data _____

Firma _____