

QUOTE E MODALITA' DI ISCRIZIONE

Il Corso è riservato a un numero limitato di partecipanti.

Quota iscrizione: € 120,00. Quota iscrizione specializzandi: € 70,00. Le quote sono esenti IVA.

Ai sensi dell'art. 54 T.U.I.R. e nei limiti ivi previsti, le spese di partecipazione alla presente attività sono deducibili nella determinazione del reddito di lavoro autonomo.

Per iscriversi è necessario inviare a Accademia Nazionale di Medicina – Via Martin Piaggio, 17/6 16122 Genova - o al numero di fax 01083794260 mail segreteriacorsi@accmed.org, entro il **4 giugno 2018**:

- scheda di iscrizione, debitamente compilata;

- attestazione del pagamento effettuato.

In alternativa è **possibile iscriversi on-line all'indirizzo www.accmed.org** facendo comunque seguire attestazione del bonifico o i dati della carta di credito al fax 010 83794260.

Non saranno considerate valide le domande pervenute senza attestazione del pagamento e/o con scheda incompleta. L'iscrizione sarà confermata dalla Segreteria a mezzo mail.

Qualora non venga raggiunto il numero minimo di iscritti necessario alla realizzazione del Corso, la Segreteria si riserva di inviare una comunicazione scritta e il rimborso totale della quota.

In caso di rinuncia si prega di inviare una comunicazione scritta alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre dieci giorni prima della realizzazione del Corso.

La quota versata verrà restituita con la detrazione del 30%. Gli annullamenti effettuati dopo tale data non avranno diritto ad alcun rimborso.

PAGAMENTO

Il pagamento della quota di euro, senza il quale la stessa non sarà ritenuta confermata, avverrà tramite:

bonifico bancario intestato a Accademia Nazionale di Medicina, BANCO POPOLARE IBAN: IT11M050340140500000000966 - SWIFT(BIC) CODE: BAPPIT22 (specificando nella causale "Iscrizione del Dott./Dott.ssa al **Corso 18_RE_2559**") e inviando copia al fax 010 83794260

assegno non trasferibile intestato a Accademia Nazionale di Medicina

Carta di credito MasterCard Visa EuroCard - (no AMEX).

Nome intestatario _____

N° Carta (16 cifre) _____

CVV2 (ultime 3 cifre retro carta) _____ Validità _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, presta il suo consenso al trattamento **dei dati personali** per i fini indicati nella suddetta informativa, ed in particolare:

a) per fornire i servizi informatici richiesti e per assolvere a tutti gli obblighi amministrativi e legali connessi;

Dà il consenso Nega il consenso

b) per promuovere le attività organizzate da ANM.

Dà il consenso Nega il consenso

Luogo _____ Data _____

Firma leggibile _____

SCHEDA DI ISCRIZIONE

18_RE_2559

Nome e cognome _____

Invitato da (sponsor) _____

Codice Fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Professione _____

(specificare: medico, biologo, ostetrica/co, ecc)

Ordine/Collegio/Ass.prof.le _____ Prov. _____

N° iscrizione _____

Libero professionista Dipendente Convenzionato Privo di occupazione

Qualifica _____

Ente di appartenenza _____

Divisione _____

Indirizzo ente _____ Cap _____ Città _____

Tel _____ Fax _____

E-mail _____

E-mail PEC* _____

Indirizzo abitazione _____

Cap _____ Città _____

Cellulare _____

* preferibile per invio attestati ECM

N.B. campi in grassetto sono obbligatori, l'incompleta compilazione (codice fiscale, data di nascita ecc.) della scheda di iscrizione potrà comportare la mancata assegnazione dei crediti formativi ECM relativi all'evento.

INTESTAZIONE FATTURA _____

C.F. _____ P. Iva _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____