

Milano, 17-18 maggio 2016

QUOTE E MODALITA' DI ISCRIZIONE

- Quota di iscrizione: € 200,00
 Quota gratuita (disponibilità limitata)

Il Corso è riservato a un numero limitato di partecipanti. La quota è esente 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 ANM – Via Martin Piaggio, 17/6 – 16122 Genova o al numero di fax 01083794260, entro il **30 aprile 2016**:

- 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 iscrizione senza il quale la stessa non sarà ritenuta confermata, avverrà tramite:

bonifico bonifico bancario intestato ACCADEMIA NAZIONALE DI MEDICINA, Banco Popolare - IBAN: IT11M050340140500000000966 - SWIFT(BIC) CODE: BAPPIT22, specificando nella causale "Iscrizione del Dott./Dott.ssa al Corso 16_RE_2324 " e inviando copia via fax al n. 010 83794260

assegno non trasferibile intestato a Accademia Nazionale di Medicina

Carta di credito MasterCard Visa EuroCard

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

Nome e cognome _____

Invitato da (sponsor) _____

Codice Fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Professione _____

(specificare: medico, biologo, tecnico lab. ecc)

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

N° iscrizione _____

Disciplina/Specializzazione _____

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 _____

Tel abitazione _____

Cellulare _____

* preferibile per invio attestati ECM

I 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 _____

Firma _____