

# Scheda di Iscrizione



## LA GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE E LA TUTELA DEL "PAZIENTE FRAGILE"

4° Congresso Nazionale **ROMA** 1-3 Dicembre 2005

Spedire o inviare via fax

con attestazione di avvenuto pagamento a:

**Iniziative Sanitarie srl** - Viale di Val Fiorita 86 00144 Roma - Tel.065919418 - Fax 065912007 - [eventi@iniziativesanitarie.it](mailto:eventi@iniziativesanitarie.it)

**Per iscrizioni on line [www.iniziativesanitarie.it](http://www.iniziativesanitarie.it)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

\*Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ \*Codice fiscale \_\_\_\_\_

\*Professione \_\_\_\_\_ \*Disciplina \_\_\_\_\_

Indirizzo abitazione \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel/Cell \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ \*\*e-mail \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Indirizzo sede di lavoro \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

\* *Dati essenziali ai fini dell'accreditamento ECM*

\*\* *Si raccomanda l'inserimento corretto dell'e-mail per le comunicazioni inerenti la partecipazione al Congresso*

### LA FATTURA DEVE ESSERE INTESATA A:

(La fattura verrà inviata per via elettronica, salvo diversa richiesta)

Indicare l'Ente o il nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

e inviata all'attenzione di \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### RISERVATO AI SOLI ENTI PUBBLICI

**Richiesta di esenzione IVA (art. 14 comma 10 L. 24/12/93 n. 537)**

Gli Enti Pubblici che desiderino richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota d'iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne specifica richiesta barrando e apponendo il proprio timbro nell'apposito spazio. Non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro.

**Timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA**

### QUOTE DI ISCRIZIONE (AL NETTO DI OGNI SPESA)

		Iva inclusa	Iva esclusa
<b>Entro il 28 novembre 2005:</b>	Iscritto alla CARD*	<input type="checkbox"/> € 204,00	<input type="checkbox"/> € 170,00
	Non iscritto	<input type="checkbox"/> € 276,00	<input type="checkbox"/> € 230,00
<b>In sede di Congresso:</b>	Iscritto alla CARD*	<input type="checkbox"/> € 240,00	<input type="checkbox"/> € 200,00
	Non iscritto	<input type="checkbox"/> € 312,00	<input type="checkbox"/> € 260,00
<b>TOTALE PAGAMENTO</b>		<b>€ _____</b>	<b>€ _____</b>

\* La quota ridotta è riservata agli iscritti alle Associazioni Regionali dei Distretti aderenti alla CARD, ai Collegi Ispasvi, all'Ordine degli Assistenti Sociali, a Cittadinanzattiva-TDM e al SiDirSS (allegare attestazione di iscrizione).

È previsto il rimborso del 50% della quota di iscrizione al congresso già versata per cancellazioni avvenute entro il 15 novembre 2005.

Dopo tale data non sarà riconosciuto più alcun rimborso.

### LA QUOTA DI ISCRIZIONE COMPRENDE

- Partecipazione alle Sessioni plenarie e parallele
- Kit Congressuale
- Crediti ECM
- Attestati di partecipazione
- Open coffee previsti dal programma
- Colazione di lavoro giorno 2 dicembre
- Volume degli Atti

## L'ISCRIZIONE È VALIDA SOLO SE ACCOMPAGNATA DALL'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELLA QUOTA

### MODALITÀ DI PAGAMENTO (ALLEGARE ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO)

Bonifico bancario intestato a: Iniziative Sanitarie srl

Banca Popolare di Sondrio c/c n. 5018/75 - ABI 05696 - CAB 03211 - CIN Z - B BAN Z 05696 03211 000005018X75

Autorizzo l'addebito di € \_\_\_\_\_ su carta di credito:  VISA  MASTERCARD  CARTASÌ  AMERICAN EXPRESS

N. Carta  scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_ Intestata a \_\_\_\_\_

In ottemperanza alla Legge 196/03, si autorizza il trattamento dei dati personali per fini unicamente inerenti le attività di aggiornamento promosse da Iniziative Sanitarie srl.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# Prenotazione alberghiera

Si prega di voler compilare in stampatello e inviare unitamente al pagamento del deposito entro il 15 settembre 2005 a: **REGENT CONGRESSI srl**  
Viale Gorizia, 25 - 00198 Roma - Tel. 06844601 - Fax 0684460318 - info@regint.it

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Accompagnatore: 1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

Fattura  si  no Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

## ZONA CENTRO CONGRESSI:

### CATEGORIA \*\*\*\* superior

	PREZZI	DEPOSITO
Doppia uso singola	€ 174,00	€ 200,00
Doppia	€ 192,00	€ 230,00

### CATEGORIA \*\*\*\*

Doppia uso singola	€ 110,00/148,00	€ 168,00
Doppia	€ 120,00/175,00	€ 195,00

### CATEGORIA \*\*\*

Singola	€ 85,00/120,00	€ 140,00
Doppia uso singola	€ 85,00/145,00	€ 165,00
Doppia	€ 110,00/180,00	€ 210,00

## GENTRO CITTÀ:

Abbiamo disponibilità anche in alberghi in centro. Quotazioni disponibili su richiesta.

I suddetti prezzi includono pernottamento, 1° colazione, tasse e servizio.

Desidero prenotare presso:  \*\*\*\* superior  \*\*\*\*  \*\*\*

n° \_\_\_\_\_ camera/e  Singola  Doppia uso singola  Doppia

data di arrivo \_\_\_\_\_ data di partenza \_\_\_\_\_ numero notti \_\_\_\_\_

- La presente scheda di prenotazione alberghiera dovrà pervenire debitamente compilata e corredata del relativo deposito + € 12,00 di spese di prenotazione. Il saldo dovrà pervenire entro e non oltre il 15 novembre.

- In caso di annullamento o mancato arrivo non è previsto alcun rimborso.

La REGENT CONGRESSI provvederà ad inviare la conferma della disponibilità alberghiera a ciascun richiedente.

**Si allega alla presente scheda la ricevuta di pagamento** di € \_\_\_\_\_ effettuato con:

Bonifico bancario effettuato a favore di: REGENT CONGRESSI presso Deutsche Bank, Ag E Rom 585, c/c numero 171339 ABI 3104 – CAB 03204. Specificando: Congresso CARD - Nome della persona che prenota.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_