Da inviare tramite fax al numero 02/45498199
E' possibile iscriversi via internet al sito www.biomedia.net

The floppy infant

Il bambino ipotonico

Venezia, 3-4 aprile 2009

Titolo ❑ Sig. ❑ Dott. ❑ Prof.

Cognome _____

Nome _____

Ente _____

U.O. _____

Via dell'ente _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax_____

DATI PER CREDITI ECM

campi da compilare obbligatoriamente
in caso di compilazione errata o parziale Biomedia non si assume la responsabilità dell'eventuale mancata assegnazione dei crediti da parte del Ministero della Salute

❑ Medico ❑ Infermiere

❑ Infermiere pediatrico ❑ Fisioterapista

Discipline: ❑ Neonatologia ❑ Genetica medica

❑ Neuropsichiatria infantile

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nato a _____ Prov._____

il _____ Cellulare_____

E-mail _____

Via _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

I dati dell'interessato sono trattati dal titolare al trattamento dei dati: Biomedia srl nel pieno rispetto del D.Lgs. 196/2003. I dati qui richiesti vengono trattati con modalità cartacee ed elettroniche ai soli fini di consentire l'iscrizione e la partecipazione all'evento in questione. L'interessato può esercitare, in ogni momento, i propri diritti ai sensi dell'art. 7 della stessa legge. In sede dell'evento stesso, Vi sarà consegnata copia dell'Informativa ex art. 13 D.Lgs 196/2003 con la richiesta del consenso. Tale informativa è consultabile anche collegandosi al sito Internet www.biomedia.net.

Scheda di Iscrizione

QUOTE DI ISCRIZIONE

❑ Medico	€ 150,00 (esente IVA*)
❑ Infermiere, Infermiere pediatrico Fisioterapista	€ 70,00 (esente IVA*)

**quote esenti (articolo 10 n. 20 del DPR 633/1972)*

FATTURAZIONE (obbligatoria)

Intestazione _____

Via_____ N. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

P.IVA _____

C.F. _____

Se la fattura è intestata all'ASL:

- Il partecipante deve anticipare la quota, qualora l'ASL non riuscisse ad effettuare il versamento insieme all'iscrizione.
- Sarà rilasciata fattura quietanzata intestata all'ASL.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Le schede di iscrizione che perverranno senza il relativo pagamento non potranno essere accettate.

❑ Allego Assegno intestato a Biomedia srl € _____

❑ Allego fotocopia del Bonifico Bancario € _____
intestato a Biomedia srl presso Unicredit-Ag. 19 Milano
IBAN IT 10 X 02008 01619 000004795238
Indicare nella causale: codice 29/09

❑ Allego fotocopia del Bollettino Postale € _____
Intestato a Biomedia srl Via L. Temolo 4, 20126 Milano
C/C 22981203
Indicare nella causale: codice 29/09

Firma_____ Data _____

E' inoltre possibile effettuare il pagamento con
carta di credito attraverso l'iscrizione in modalità on-line dal sito
www.biomedia.net

RINUNCE: Per le rinunce che perverranno alla Segreteria Organizzativa fino a 7 giorni prima dell'inizio del corso verrà rimborsato il 50% della quota d'iscrizione. Dopo tale data non è previsto alcun tipo di rimborso. Inoltre non saranno rimborsate quote di iscrizioni non usufruite, per le quali non sia pervenuta la relativa rinuncia entro i termini stabiliti. In qualsiasi momento è comunque possibile sostituire il nominativo dell'iscritto.