## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Spedire o inviare via fax a: Iniziative Sanitarie srl Viale di Val Fiorita 86 - 00144 Roma - Tel. 065919418 - Fax 065912007 - segreteria@iniziativesanitarie.it



WINTER SCHOOL - JUNIOR MEDICAL LEADERS

La programmazione dei sistemi sanitari e la creazione di giunture tra Ospedale e Territorio **FIRENZE, 17-19 GENNAIO 2013** 

Cognome					
Nome					
Luogo e data di na	scita	1			
Professione					
Disciplina					
Indirizzo abitazione					
Città			Сар	Prov	
Tel		Cell _			
*e-mail					
Ente di appartenen	za _				
Servizio					
Qualifica					
Indirizzo sede di la	voro				
Città			Сар	Prov	
Tel		Fax _			
e-mail					
		ccomanda l'inserimento corretto dell'e-mail	per le comunicazioni inerenti	la partecipazione all'evento	
QUOTE DI ISC	RIZ	IONE			
SOCI SIMM NON RESIDENTI	<ul> <li>160,00€</li> <li>LA QUOTA INCLUDE:         <ul> <li>Iscrizione alla SIMM per l'anno 2013</li> </ul> </li> <li>Pernottamento per le notti del 17 e 18 gennaio 2012 presso l'hotel "Villa la Stella" in camere multiple (doppia o tripla, nel caso volesse una singola il costo della differenza sarà a suo carico €40,00 a notte) per i soli residenti fuori dalla provincia di Firenze</li> </ul>				
SOCI SIMM RESIDENTI		€ 60,00  LA QUOTA INCLUDE:  • Iscrizione alla SIMM per l'anno 2013			

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

## LA RICEVUTA/FATTURA DEVE ESSERE INTESTATA A: (da compilare se diverso dall'iscritto)

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 rio	chiesta di esenzione IVA
L'ISCRIZIONE SARÀ VALIDA SOLO SE ACCOMPAGNATA DALL'ATTESTAZIO	ONE DI AVVENUTO PAGAMENTO DE	ELLA QUOTA OVE DOVUTO
CONDIZIONI		
<ol> <li>In caso di disdetta della partecipazione, comunicata entro il 5 genna Srl (V.le di Val Fiorita, 86 - 00144 Roma), è possibile il rimborso del data non sarà riconosciuto più alcun rimborso.</li> <li>Per ogni controversia sarà competente il Foro di Roma.</li> <li>Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 20 che i dati personali forniti ai fini della presente iscrizione saranno i connesse alla partecipazione all'evento. I dati forniti a Iniziative Sani altri soggetti. I titolari del trattamento dei dati sono Iniziative Sanit rispettivamente in Viale di Val Fiorita 86 e Via Giunio Bazzoni 1. In rel Sanitarie e Edizioni Iniziative Sanitarie per esercitare i diritti ricono</li> <li>Iniziative Sanitarie desidera tenerla aggiornata sulle proprie attività comunicazioni sulle nostre iniziative La preghiamo di barrare la cas</li> </ol>	50% della quota di iscrizione all'e 003, Iniziative Sanitarie e Edizioni trattati, con modalità cartacee ed tarie e Edizioni Iniziative Sanitarie arie e Edizioni Iniziative Sanitarie lazione al predetto trattamento, è p sciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 d. , formative o editoriali. Qualora n	Iniziative Sanitarie informano informatizzate per le finalità non verranno comunicati ad e che hanno sede in Roma, possibile rivolgersi a Iniziative lel 30 giugno 2003.
Data Firma _	(Per specifica accettazione di	elle Condizioni punti 1,2,3,4,5,6)
MODALITÀ DI PAGAMENTO (ALLEGARE ATTESTAZI  Bonifico bancario intestato a:	IONE DI PAGAMENTO)	
Edizioni Iniziative Sanitarie S.c.a.r.l Banco di Brescia IBAN IT 8	34 Z 03500 03212 0000000194	455
□ Addebito di €	ito (le carte di credito non devo	o essere ricaricabili):
□VISA □MASTERCARD □CARTASÌ		
N. Carta		
scadenza/ Intestata a		ZZA (CVV)
Il sottoscritto autorizza Edizioni Iniziative Sanitarie ad addebitari	e l'importo sopra indicato.	
Data Firma		