

**SCHEDA di ISCRIZIONE**

Da inviare **via fax al n. 031 751525** o via e-mail [gitic@expopoint.it](mailto:gitic@expopoint.it) a Segreteria Organizzativa EXPOPOINT

Allegare copia del pagamento. Le schede non accompagnate dalla copia dell'avvenuto pagamento non saranno ritenute valide.

Cognome	<b>INTESTAZIONE FATTURA (da compilare obbligatoriamente se i dati della fattura sono diversi da quelli personali)</b>					
Nome	Azienda/Ente/Ospedale					
Indirizzo	Partita IVA					
CAP	Città	Prov.	Specificare se esente IVA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO			
Tel.	e-mail		Indirizzo			
Qualifica	Cod. fiscale		CAP	Città	Prov	
Azienda/Ente/Ospedale			Responsabile Amministrativo di riferimento:			
Reparto		Tel. reparto				
<input type="checkbox"/> Casa di cura <input type="checkbox"/> Azienda Ospedaliera <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> Altro			Tel.			e-mail
Indirizzo						
CAP	Città	Prov				

**Iscrizione Corso**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Iscritti G.IT.I.C. ....                | <b>GRATUITO</b>                     |
| <input type="checkbox"/> Infermieri NON iscritti G.IT.I.C. .... | <b>Euro 30,00 + IVA (Euro 36,6)</b> |
| <input type="checkbox"/> Studenti.....                          | <b>GRATUITO</b>                     |

La quota d'iscrizione comprende kit congressuale, attestato di partecipazione, attestato di assegnazione dei crediti formativi E.C.M. (inviato a posteriori previa verifica del questionario di apprendimento)

Gli annullamenti devono essere comunicati alla Segreteria Organizzativa. Sarà rimborsato il 50% della quota versata per rinunce pervenute entro il **04/04/2016** mentre nessun rimborso sarà accordato per rinunce pervenute dopo tale data.

I rimborsi saranno effettuati dopo la fine del Congresso. In caso di impossibilità a partecipare la quota di iscrizione non sarà rimborsata.

**Allego copia dell'avvenuto pagamento della quota di partecipazione effettuato tramite:**

- assegno bancario (non trasferibile) intestato a EXPO POINT sas / • bollettino postale n. 78452836 intestato a EXPO POINT sas
- bonifico postale n. 78452836 intestato a EXPO POINT sas / • bonifico bancario a favore di EXPO POINT sas c/c n. 3265 ABI 05696 - CAB 51090 - cin P - Banca Popolare di Sondrio agenzia di Carimate – CO IBAN IT66P056965109000003265X58/ • carta di credito - circuito CartaSi, VISA, Eurocard, Mastercard (per il pagamento con carte di credito sarà addebitata una commissione del 3,5% sull'importo dovuto).

Il nome del partecipante e la causale (**iscrizione NC 2016**) devono essere chiaramente indicati sul trasferimento bancario o postale.

**Informativa sulla privacy**

Ai sensi e per gli effetti del DLGS 196/2003 le parti si danno reciprocamente atto che i dati personali saranno trattati solo ed esclusivamente per finalità connesse all'adempimento contrattuale e all'osservanza di obblighi di legge, ivi compresa l'adozione di misure di sicurezza.

La sottoscrizione del presente atto costituisce formale consenso al trattamento dei dati personali di cui trattasi per le finalità sopra dette.

Expo Point - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (CO) Tel. 031/748814 Fax 031/751525 –E mail: [gitic@expopoint.it](mailto:gitic@expopoint.it)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

