

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

E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Sede di lavoro \_\_\_\_\_

QUOTE	ENTRO il 04 MARZO 2019	DAL 05 MARZO 2019
Quota di Partecipazione SOCI IEA**	€ 400,00 + IVA 22%	€ 500,00 + IVA 22%
Quota di Partecipazione NON SOCI IEA	€ 500,00 + IVA 22%	€ 600,00 + IVA 22%
Quota per Specializzandi*	Nessuna quota	€ 100,00 + IVA 22%
Quota infermieri	€ 100,00 + IVA 22%	€ 150,00 + IVA 22%

\*L'iscrizione degli Specializzandi deve essere accompagnata da una dichiarazione della Scuola di Specializzazione.

\*\*Quota applicabile per i soci che regolarizzano la loro iscrizione alla Società entro il 05/04/2019

LA QUOTA DI ISCRIZIONE COMPRENDE	DEADLINE	RINUNCE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione ai lavori scientifici</li> <li>• Kit congressuale</li> <li>• Lunches</li> <li>• Certificato di partecipazione</li> <li>• Cena Sociale (si richiede conferma di partecipazione entro il 15 maggio 2019)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le pre-iscrizioni si accettano entro il <b>15/05/2019</b>, dopo tale data si potranno effettuare in sede congressuale</li> <li>• I nominativi degli iscritti dovranno essere inviati entro il <b>10/05/2019</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entro <b>04/03/2019</b> rimborso 50%</li> <li>• Dal <b>05/03/2019</b> nessun rimborso</li> <li>• Tutte le rinunce dovranno pervenire per iscritto</li> <li>• I rimborsi saranno effettuati dopo la chiusura del Congresso</li> </ul>

#### TERMINI DI PAGAMENTO:

Bonifico bancario presso il Banco S. Geminiano e S. Prospero: IBAN IT 47 Y 05034 36671 000000002021

Intestato a E.V.C.M. srl - causale: CONGRESSO IEA 2019 quota di iscrizione + nome iscritto.

Carta di Credito ( VISA  MasterCard) +1,8% spese bancarie Nr. Carta \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Codice di sicurezza (ultime 3 cifre sul retro VISA/MASTERCARD) \_\_\_\_\_ Nome e Cognome del titolare \_\_\_\_\_

#### INTESTARE LA FATTURA A:

Ragione sociale \_\_\_\_\_ e-mail per invio fattura \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

*Ai sensi della Legge 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) acconsento che E.V.C.M. srl gestisca la registrazione ed il trattamento dei dati forniti con la presente scheda.*

Trasmettere la presenta scheda compilata in stampatello in ogni parte unitamente al bonifico a  
caterinabadini@emilaviaggi.it

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_