

MODULO DI SPONSORIZZAZIONE PARTECIPANTI

XXIV Congresso SIDCO

Modena, 15-18 aprile 2009

da rispedire entro il 10 febbraio 2009 a THE OFFICE, via San Nicolò 14 – 34121 TRIESTE
 tel 040 368343 + 1 + int. 11 - fax 040 368808- rif. Luciana Biecker

SCHEDA DI ISCRIZIONE (una per ogni partecipante)

ECM

Sono stati richiesti al Ministero della Salute i crediti ECM che saranno assegnati soltanto a coloro che avranno compiuto l'intero percorso formativo previsto.

Ai fini dell'assegnazione dei crediti ECM, la compilazione dei dati anagrafici (segnati in **grassetto**) E' OBBLIGATORIA

Professione

MEDICO CHIRURGO

INFERMIERE

Disciplina

dermatologia e venereologia **oncologia** **chirurgia plastica e ricostruttiva**

SPECIALIZZANDO** (non avente diritto ai crediti)

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita

Indirizzo di residenza

di _____

n. civico _____

CAP _____

Città _____

Prov. _____

Telefono abitazione _____

Fax _____

E-mail _____

Cellulare _____

Codice Fiscale _____

Istituto/Ente di appartenenza _____

Indirizzo (ente) _____

CAP _____

Città _____

Prov. _____

Telefono Istituto/Ente _____

Fax _____

Accompagnatore _____

Desidero prenotare i seguenti servizi (contrassegnare con una croce, indicare quantità e importo)

QUOTE DI ISCRIZIONE - BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE

	Entro il 10 febbraio 2009	Dopo il 10 febbraio 2009	Importo
<input type="checkbox"/> Soci SIDCO	€ 500,00 + IVA 20%= € 600,00	€ 600,00 + IVA 20%= € 720,00	_____
<input type="checkbox"/> Non Soci	€ 550,00 + IVA 20%= € 660,00	€ 650,00 + IVA 20%= € 780,00	_____
<input type="checkbox"/> Soci SIDCO sotto i 35 anni	€ 300,00 + IVA 20%= € 360,00	€ 350,00 + IVA 20%= € 420,00	_____
<input type="checkbox"/> Specializzandi	€ 200,00 + IVA 20%= € 240,00	€ 200,00 + IVA 20%= € 240,00	_____



CORSI PER MEDICI – Verificare sul programma date e orari dei corsi (Numero massimo partecipanti: 30)	Importo
<input type="checkbox"/> CORSO 1 – Dermochirurgia avanzata (mercoledì 15 aprile – 9.00-13.00)	€ 150,00 + IVA 20% = €180,00 _____
<input type="checkbox"/> CORSO 2 – Laser (mercoledì 15 aprile – 13.30-18.30)	€ 150,00 + IVA 20% = €180,00 _____
<input type="checkbox"/> CORSO 3 – Dermoestetica (mercoledì 15 aprile – 13.30-18.30)	€ 150,00 + IVA 20% = €180,00 _____
<input type="checkbox"/> CORSO 4 – Video e stereomicroscopia (mercoledì 15 aprile – 9.00-15.00)	€ 150,00 + IVA 20% = €180,00 _____

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA (+ diritti di prenotazione Euro 12,50 + IVA 20% = Euro 15,00 a camera)

Desidero prenotare **N.** _____ Stanze doppie uso singola **N.** _____ Stanze doppie
 Data di arrivo _____ Data di partenza _____ Numero minimo notti 3

HOTEL*	Doppia uso singola	Doppia	Importo x almeno 3 notti
4 stelle sup.	€ 160,00 (+ IVA 20%)	€ 190,00 (+ IVA 20%)	
4 stelle	€ 135,00 (+ IVA 20%)	€ 155,00 (+ IVA 20%)	

* Prezzi per camera a notte – inclusa colazione e transfer per la sede del Congresso

E' obbligatorio il pagamento anticipato di TUTTE le notti richieste per l'ospite a partire da un minimo di 3 notti/pernottamenti

TOTALE QUOTE DI ISCRIZIONE	€
TOTALE PRENOTAZIONI ALBERGHIERE (è richiesto il pagamento di almeno 3 notti)	€
TOTALE DIRITTI DI PRENOTAZIONE	€

Pagamento
 A conferma di iscrizioni e/o prenotazione alberghiere tutti i pagamenti **devono essere effettuati entro e non oltre il 10 marzo 2009**

Dati per l'intestazione della fattura(*): C. Fiscale..... P.IVA.....	Indirizzo per la spedizione della fattura (se diverso da quello dell'intestazione):
--	---

(* N.B.: - Il compilante si assume la responsabilità per i dati forniti.

Cancellazioni

Saranno accettate solo le cancellazioni pervenute a *the office srl* per iscritto con le seguenti modalità:

Quota e albergo:

- fino al **28 febbraio 2009** penale del 20% per spese di segreteria
- dopo il **28 febbraio 2009** non verrà effettuato alcun rimborso

Data

Timbro e firma dell'Azienda / Agenzia

