



CONVEGNO NAZIONALE SIPAD

Società Italiana di Patologia dell'Apparato Dirigente

Torino, 28-30 giugno 2007

SCHEDA D'ISCRIZIONE

DA RISPEDIRE COMPILATA IN STAMPATELLO E ALLEGANDO COPIA DEL PAGAMENTO A:
Centro Congressi Internazionale S.r.l. – C.so Bramante, 58/9 – 10126 Torino
Fax 011/2446900 – Tel. 011/2446911

///La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____

Specializzazione _____

Indirizzo privato _____

Cap _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

E-mail _____

Luogo e data di nascita _____

Cod. Fisc e P. IVA _____

Ente di appartenenza _____

Intestazione fattura (da compilare se diversa dai dati sopra indicati)

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Provincia _____

Cod. Fisc e P. IVA _____

chiede di essere iscritto/a al Convegno Nazionale SIPAD.

Ai sensi della legge 196/2003: Ai sensi del Dlgs 196/2003 e successive modificazioni, informiamo i partecipanti in merito al trattamento dei dati personali riportati sulla presente scheda circa la necessità di destinare a terzi tali dati (agenzie di spedizione e di organizzazione congressuale di nostro riferimento, aziende, associazioni o altri soggetti che collaborano per l'organizzazione di questo evento congressuale) il mancato consenso del trattamento dei dati personali compromette tale adempimento. Il titolare del trattamento dei dati è CCI – Centro Congressi Internazionale s.r.l. – C.so Bramante, 58/9 – 10126 Torino, nella persona dell'Amministratore Delegato e legale rappresentante della stessa. Il trattamento è effettuato anche con mezzi informatici ed i dati sono conservati presso gli uffici del CCI – Centro Congressi Internazionale, che ha attuato le misure minime di sicurezza previste dalla legge stessa.

Il firmatario autorizza CCI al trattamento dei dati indicati. In particolare dà atto di avere esattamente soppesato i contenuti dell'art. 13 del Dlgs 196/2003 e successive modificazioni e delle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati e quant'altro previsto nella norma richiamata. Il firmatario autorizza inoltre CCI all'utilizzo dei dati stessi per i fini ECM, tra cui la pubblicazione dei curricula dei docenti e dei responsabili scientifici nella Banca Dati del sito ECM, accessibile a tutti gli utenti, e la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti".

Il firmatario può chiedere a CCI la visione, la correzione e la cancellazione dei propri dati ai sensi della citata Legge.

Data _____ Firma _____

**Quote iscrizione (IVA 20% inclusa):
Le A.S.L. sono esenti Iva 20%.**

Si prega di barrare
la casella corrispondente
alla quota di iscrizione:

Convegno SIPAD per medici Non Soci SIPAD	Entro il 15/05/2007 € 240,00 Dopo il 15/05/2007 € 300,00	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Convegno SIPAD per medici Soci SIPAD*, SICO*, SPIGC* e Medici di Medicina Generale <i>* in regola con il pagamento delle quote associative</i>	Entro il 15/05/2007 € 180,00 Dopo il 15/05/2007 € 240,00	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Specializzandi/Studenti	Gratuiti	<input type="checkbox"/>
Corso Sezione Infermieristica Infermieri professionali	Entro il 15/05/2007 € 50,00 Dopo il 15/05/2007 € 75,00	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cena Sociale 29/06/2007	€ 50,00	<input type="checkbox"/>

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- **On-Line:** con carta di credito VISA o Mastercard, seguendo le indicazioni riportate sul sito www.congressiefiere.com
- **Assegno:** Assegno circolare o bancario, non trasferibile, intestato a:
Centro Congressi Internazionale S.r.l. e spedito, insieme alla scheda di iscrizione, a:
Centro Congressi Internazionale S.r.l. - C.so Bramante, 58/9 – 10126 Torino
- **Bonifico Bancario:** intestato a: Centro Congressi Internazionale S.r.l.
IST. BANCARIO INTESA SAN PAOLO - Ag. 18 - C.so Bramante, 82 – Torino
ABI 01025 – CAB 01018 – c/c 100000062350 – CIN “E”
Il partecipante dovrà indicare sul bonifico il proprio nome/cognome e la seguente causale del versamento: **“iscrizione Convegno SIPAD”** oppure **“iscrizione Corso infermieri SIPAD”**.
La copia del bonifico bancario dovrà essere inviata insieme alla scheda di partecipazione al numero di fax: 011/2446900
- **Carta di Credito:** Visa Mastercard

Titolare _____

Carta di credito n°

Data scadenza _____ Firma _____

N. B.: La Segreteria Organizzativa accetterà unicamente le schede di iscrizione inviate con pagamento allegato: via fax con pagamento con “carta di credito” o copia “bonifico bancario”, via posta con “assegno circolare o bancario non trasferibile” allegato. Le Pre-iscrizioni telefoniche non sono accettate.

Data _____ Firma _____