

SCHEDA
DI ADESIONE

XXIV° CONGRESSO
NAZIONALE S.I.P.A.D.

COMO | Grand Hotel di Como
18 - 20 Giugno 2008

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO, IN MODO CHIARO E LEGGIBILE

Nome _____

Cognome _____

Nato/a a _____ Il _____

Codice Fiscale _____

(Si prega di allegare fotocopia nitida del proprio Codice Fiscale)

■ **RESIDENZA**

Via _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

Professione _____

Qualifica _____

Disciplina _____

■ **ENTE**

Ospedale/Ente di appartenenza _____

Istituto/Divisione _____

Via _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

Tel. _____

Fax _____

Cellulare _____

E-mail _____

Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottoscritto autorizza il trasferimento dei propri dati personali a Studio Congressi s.r.l. allo scopo di poter partecipare al Programma di Accreditamento ed Aggiornamento Professionale previsto dalla legge. I dati inviati saranno utilizzati unicamente per gli scopi indicati.

Data _____

Firma _____

Compilare anche il RETRO della SCHEDA 

1) QUOTA DI ISCRIZIONE: si prega di barrare l'importo dovuto

- € 300,00 (IVA 20% inclusa): "ISCRIZIONE PIENA"
- € 240,00 (IVA 20% inclusa): "ISCRIZIONE RIDOTTA"
- € 90,00 (IVA 20% inclusa): "ISCRIZIONE SOCIO SIPAD"
- € 70,00 (IVA 20% inclusa): "CENA SOCIALE del 19.06.08"

2) PAGAMENTO:

Si allega:

Copia del BONIFICO BANCARIO

Intestato a: Studio Congressi s.r.l.

Banca: Intesa SANPAOLO - Filiale: 702 Viale C. Battisti, 18 - Pavia

C/C: 997284/48 - **ABI:** 03069 - **CAB:** 11310 - **CIN:** X - **IBAN:** IT86X0306911310000099728448

Causale: "Iscrizione (Piena, Ridotta, Socio SIPAD, Cena Sociale del 19.06.08) Congresso SIPAD 08"

ASSEGNO CIRCOLARE

Intestazione a: Studio Congressi s.r.l.

Causale: "Iscrizione (Piena, Ridotta, Socio SIPAD, Cena Sociale del 19.06.08) Congresso SIPAD 08"

3) DATI NECESSARI PER LA FATTURAZIONE:

Verrà emessa regolare fattura anche ai singoli partecipanti, che dovranno indicare: P. IVA - Codice Fiscale - Indirizzo Fiscale

Intestazione:

Nome e Cognome del partecipante:

Azienda: (se l'iscrizione è effettuata da: Ente Pubblico/Azienda Farmaceutica/Società Privata)

Nome e Cognome Referente: (Ente Pubblico/Azienda Farmaceutica/Società Privata)

Indirizzo fiscale:

Via _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

Tel. _____

Fax _____

E-mail _____

I dati indicati saranno trattati ai sensi e nei limiti della legge 196/2003.

Data _____ Firma _____