

Da restituire debitamente compilata alla Segreteria Organizzativa SARDINIAMEETING SRL
Viale La Playa, 7 - Cagliari - info@sardiniameting.it - Fax 070 5929121 - Tel. 070 664334 – Cell. 329 4870166

SCHEMA DI ISCRIZIONE

N.B. Tutti i campi sono obbligatori per il conseguimento dei crediti ECM

COGNOME		NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA			
CODICE FISCALE			
INDIRIZZO			
CITTA'	CAP	PROV.	
TEL. ABITAZIONE	CELLULARE	EMAIL	
PROFESSIONE	SPECIALIZZAZIONE	<input type="checkbox"/> Specializzando	
ISTITUTO/ENTE	INDIRIZZO ISTITUTO	TEL.	
Barrare la casella di pertinenza: <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> PRIVO DI OCCUPAZ.			

QUOTE DI ISCRIZIONE IN EURO (IVA inclusa) entro il 30.09.2018 - BARRARE LA VOCE DI PERTINENZA:

	SOCIO SIP	NON SOCIO	SPECIALIZZANDO
CONGRESSO SIP (13 Ott.)	<input type="checkbox"/> 50,00	<input type="checkbox"/> 75,00	<input type="checkbox"/> GRATUITO
N.1 CORSO pregressuale (12 Ott.)	<input type="checkbox"/> 30,00	<input type="checkbox"/> 50,00	<input type="checkbox"/> 20,00

CORSO pregressuale (si prega di barrare la casella di interesse):

- Emergenze respiratorie in sala parto (n.20 pax) ore 15:30 – 19:30
 Nutrizione nel bambino sano e malato (n.20 pax) ore 15:30 – 19:30

CONGRESSO INFERMIERI AREA PEDIATRICA 15,00
13 Ott. ore 09:00-13:30 (n.50 pax)

La quota di iscrizione al Congresso comprende: Kit congressuale, coffee break e lunch previsti dal programma, attestato di partecipazione

TOTALE QUOTA ISCRIZIONE: €

Modalità di pagamento:

- Bonifico bancario** Intestato a: **Sardiniameting Srl** c/o Banco di Sardegna – Ag.1 di Cagliari **IBAN:** IT61Y0101504801000070473655
 Si prega di voler inviare copia del bonifico effettuato unitamente alla scheda di iscrizione al seguente numero di fax: 070 5929121
 Assegno circolare o bancario non trasferibile n..... della Banca.....
 di €..... intestato a: **Sardiniameting Srl** - Si prega di voler anticipare, unitamente alla scheda di iscrizione, una copia dell'assegno
 via fax al numero 070 5929121 e inviare l'originale a: Sardiniameting Srl – Viale La Playa, 7 - 09123 Cagliari
 Contanti/POS presso la sede della Sardiniameting Srl – Viale La Playa, 7 - Cagliari

Dati per la fatturazione se diversi da quelli suindicati:

Nome _____ Cognome _____
 Ente _____ Indirizzo completo _____
 P.Iva/Codice Fiscale _____

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 – GDPR

Data.....

Firma:.....