

XIV Corso Nazionale di Analisi del Movimento in Ambito Clinico

SIAMOC Challenge 2019

Hotel Mercure Excelsior – Catania 4-7 dicembre 2019

Scheda di iscrizione al Congresso

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Cell. _____ Email. _____ @ _____

	ENTRO IL 31/10/2019	DOPO IL 31/10/2019
<input type="checkbox"/> SOCIO SIAMOC ORDINARIO	439,20 IVA inclusa	500,20 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> SOCIO SIAMOC JUNIOR <31 ANNI	329,40 IVA inclusa	390,40 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> NON SOCIO SIAMOC	488,00 IVA inclusa	549,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALIZZANDO	329,40 IVA inclusa	390,40 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> STUDENTI (MAX 5 UNITA')	183,00 IVA inclusa	244,00 IVA inclusa

*Non è previsto rimborso delle quote versate
L'iscrizione dà diritto a: lavori congressuali, Kit congressuale, coffee break*

FATTURAZIONE e PAGAMENTO:

Fattura intestata a **me stesso/a** C.F./ P.I. _____

Codice SDI _____ pec _____

Fattura intestata ad **Azienda Privata** - dati per fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____ P. IVA _____

Codice SDI _____ pec _____

Fattura intestata ad **Azienda Pubblica** – dati per il pagamento e la fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____ P. IVA _____

CODICE UNIVOCO AZIENDALE _ _ _ _ _ MAIL (pec) _____

Nel caso di fattura e pagamento a carico di Azienda Pubblica, prima di effettuare l'iscrizione Vi preghiamo di contattare la Segreteria Organizzativa 0942.24293. E' necessario ricevere l'autorizzazione da parte dell'Azienda. Grazie

Esigenze particolari riguardo la fatturazione (intestazioni, descrizione, esenzione IVA, etc.) andranno comunicate contestualmente all'iscrizione. Non possono essere effettuate variazioni sulle fatture emesse).

Modalità di pagamento:

Carta di credito: Visa Mastercard Carta SI

N°.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

data scadenza

--	--	--	--	--

CVC

--	--	--	--	--

Intestata a: _____

per l'importo di € _____ +1% spese bancarie

Bonifico bancario intestato a (allegare fotocopia):

Centro Organizzazione Congressi - Monte dei Paschi di Siena
Ag. di Taormina Coordinate IBAN: IT 04 K 01030 82591 000061119690

*Il solo bonifico non accompagnato dalla scheda non equivale alla iscrizione.
Verranno prese in considerazione soltanto le schede accompagnate dalla relativa quota di iscrizione.*

Si informa che, durante la giornata, potranno essere scattate foto dell'evento e che queste potranno essere pubblicate sul sito web della SIAMOC

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del (Decreto Legislativo) DL n° 196 del 30 Giugno 2003

I Suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale al fine di documentare la sua partecipazione a Congressi, Eventi, Meeting organizzati dal Centro Organizzazione Congressi e trattamenti derivanti da obblighi di Legge. I dati saranno comunicati a fornitori di servizi inerenti la manifestazione per il disbrigo delle pratiche relative all'organizzazione della stessa, nonché alle competenti Autorità secondo le prescrizioni di legge. Il conferimento dati a tali fini è obbligatorio ed essenziale per la sua partecipazione al Congresso. Preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsento al trattamento dei miei dati personali ed al loro utilizzo per le finalità sopra indicate.

Data _____

Firma _____

Da inviare entro il 31/10/2019 a:
Centro Organizzazione Congressi - Via Miss Mabel Hill, 9 - 98039 Taormina (ME)
Tel. 0942.24293 Fax: 0942.24251 - E-mail: info@centrocongressi.biz