

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Da compilare in stampatello e trasmettere debitamente firmata alla Segreteria Organizzativa tramite fax (089-8429711) o mail (info@nutrimedifor.it)

NOME _____ COGNOME _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | P.IVA _____

Nato/a a _____ il | | | | | | | |

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____ @ _____

Residente in Via/Piazza _____ N. _____

Città _____ Prov. | | | | CAP | | | | | | | |

Professione _____

DATI PER LA FATTURAZIONE (SE DIVERSI DAL PARTECIPANTE)

Nome Azienda / Ente / Istituto _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ P. Iva _____

Alla presente scheda va obbligatoriamente allegata: 1) Copia della distinta di bonifico eseguito in favore della Nutrimedifor S.r.l. alle seguenti coordinate Iban IT81S076011520000009412101 con causale "SISDCA - Cognome e Nome partecipante"

In caso di scelta del Teaching-day prima di inviare la domanda di iscrizione si prega di contattare la Segreteria Organizzativa per verificare la disponibilità dei posti. Barrare la quota di iscrizione

QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA 22% INCLUSA)	ENTRO IL 31/12/2018	DAL 01/01/2019
<input type="checkbox"/> Teaching-day con ecm: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 barrare il numero dell'evento ecm	40 euro 30 euro (under 35 anni)	60 euro 50 euro (under 35 anni)
<input type="checkbox"/> Congresso	100 euro 70 euro (under 35 anni)	130 euro 90 euro (under 35 anni)
<input type="checkbox"/> Congresso + Teaching day	130 euro 80 euro (under 35 anni)	160 euro 120 euro (under 35 anni)
<input type="checkbox"/> Iscrizione SISDCA per il 2019 + Congresso+Manuale SISDCA+ abbonamento a Eating and Weight Disorders	180 euro 140 euro (under 35 anni)	200 euro 170 euro (under 35 anni)

Cena sociale 50 euro da versare con la quota iscrizione (prenotabile fino al 15 febbraio).

1) CANCELLAZIONI E RIMBORSI

E' possibile rinunciare alla partecipazione al convegno inviando, entro e non oltre dieci giorni dalla data d'iscrizione, la comunicazione del recesso via fax o mail. In tal caso la Nutrimedifor provvederà a restituire nei dieci giorni successivi al ricevimento della comunicazione, solo ed esclusivamente l'importo già versato. Oltre il termine su indicato non saranno effettuati rimborsi.

2) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la sottoscrizione della presente, il partecipante acconsente affinché la Nutrimedifor tratti i propri dati personali per permettere la corretta esecuzione degli adempimenti agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e normative comunitarie, ovvero a disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo e di svolgere attività di informazione tramite mail, fax, telefono e posta ordinaria, relativamente ai nostri prodotti e/o servizi, con esplicita autorizzazione alla comunicazione dei suddetti dati, a titolo esemplificativo e non esaustivo, a Provider ECM, spedizionieri, corrieri ed a tutti i consulenti per l'attuazione delle finalità sopra indicate.

Il sottoscritto dichiara altresì di aver preso visione ed accettato anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 c.c. i punti: 1,2 ed autorizza il trattamento e la diffusione dei dati personali sopra indicati nel rispetto dei principi e delle disposizioni di cui all'art.10 della legge n.675/1996 e del DL n.196/2003.

Luogo e data _____

Firma: _____