



Anusca Palace Hotel
Castel San Pietro Terme (BO)
Ospedale di Imola

SCHEDA ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____
 Ente di Appartenenza _____
 Divisione/Reparto _____
 Indirizzo _____
 Città _____ C.A.P. _____ Prov. _____ E-mail _____
 Tel. _____ Cell. _____ Fax _____
 Professione _____ Cod. Fiscale _____
 Dipendente Convenzionato Libero Professionista Privo di Occupazione

DATI PER LA FATTURAZIONE

Intestazione _____
 Indirizzo _____
 Cod. Fiscale/P.IVA _____

ISCRIZIONE (IVA 22% INCLUSA)

Socio SIGE* € 427,00 Non Socio SIGE € 549,00 Specializzando € 244,00
 * Se in regola con il rinnovo della quota associativa per l'anno 2015 (pagamento effettuato in data antecedente o contestualmente all'iscrizione al Corso).

1) Specializzato in _____ Anno |__|__|__|__|
 Iscritto all'Ordine/Collegio professionale/Associazione professionale: _____
 della Provincia di: _____ Numero di iscrizione: |__|__|__|__|__|__|
 Indirizzo dell'Istituzione od Unità Operativa: _____

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

2) Specializzando presso la Scuola di Specializzazione in _____
 dell'Università di _____ anno |__|__|__|__|
 Via _____ n. _____
 Città _____ CAP |__|__|__|__|__|__| Prov. |__|__|

RECLUTAMENTO TRAMITE SPONSOR

SI _____ NO _____

1) Specializzato in _____ Anno |__|__|__|__|
 Iscritto all'Ordine/Collegio professionale/Associazione professionale: _____
 della Provincia di: _____ Numero di iscrizione: |__|__|__|__|__|__|
 Indirizzo dell'Istituzione od Unità Operativa: _____

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

2) Specializzando presso la Scuola di Specializzazione in _____
 dell'Università di _____ anno |__|__|__|__|
 Via _____ n. _____
 Città _____ CAP |__|__|__|__|__|__| Prov. |__|__|

RECLUTAMENTO TRAMITE SPONSOR

SI _____ NO _____

La quota di iscrizione dà diritto a: partecipazione ai lavori, sistemazione alberghiera, coffee break, light lunch, cene, kit congressuale, attestato di partecipazione, attestato ECM (agli aventi diritto).
 Il mancato versamento annullerà l'iscrizione effettuata. In caso di mancata partecipazione al Corso la quota non verrà rimborsata. Termine per l'iscrizione e pagamento quota: 30 settembre 2015

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento può essere effettuato tramite bonifico bancario intestato a:
EGI - Editrice Gastroenterologica Italiana s.r.l.
 Unicredit Banca - Agenzia 30660 - Filiale Roma Università La Sapienza
 IBAN: IT44X0200805335000101745208
 Causale: Corso Il Saper Fare 2015 - La Colonscopia

Facendo riferimento al paragrafo 10, D.L. 196/03, del 31.12.96, sulla privacy, vi preghiamo di compilare e firmare la seguente parte: i suoi dati verranno inseriti nei nostri archivi
 SI NO

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali per il corso in oggetto e per comunicazioni riguardanti tutti i congressi.

Firma _____

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
 EGI
 EDITRICE GASTROENTEROLOGICA ITALIANA S.R.L.
 Corso di Francia 197 - 00191 Roma
sige.eventi@gmail.com