

# CORSO AVANZATO SIGE CLINICO - PATOLOGICO

Roma 16-17-18 maggio 2014

HOLIDAY INN ROME AURELIA

## SCHEDA ISCRIZIONE

Cognome	Nome		
Ente di Appartenenza			
Divisione/Reparto			
Indirizzo			
Città	C.A.P.	Prov.	E-mail
Tel.	Cell.		Fax
Professione	Cod. Fiscale		
<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input type="checkbox"/> Libero Professionista	<input type="checkbox"/> Privo di Occupazione

## DATI PER LA FATTURAZIONE

Intestazione \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_

### ISCRIZIONE (IVA 22% ESCLUSA)

Socio SIGE\* € 350,00     Non Socio SIGE € 450,00     Specializzando € 200,00

\* Se in regola con il rinnovo della quota associativa per l'anno 2014 (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 \_\_\_\_\_

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: **Venerdì 21 marzo 2014**.

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento può essere effettuato tramite bonifico bancario intestato a:

**SIGE – Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva**

IBAN: IT78 C060 5503 2050 0000 0000513

Causale: Iscrizione Corso Avanzato Clinico Patologico 2014

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  
Tel. 06 36388336 - eventi.sige@gmail.com