



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona.

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il **2 aprile 2013** alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via G. Mameli 65 – 09124 Cagliari, al numero di fax **070 656263** – e-mail **domizianamessina@kassiopeagroup.com**

Professione: MEDICO DIETISTA PSICOLOGO INFERMIERE SPECIALIZZANDO

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo e data di nascita _____

Professione _____ Disciplina _____

Tel. _____ Cell. _____

INDIRIZZO LAVORO

Istituto _____ Reparto _____

Via _____ n° _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

INDIRIZZO DOMICILIARE

Via _____ n° _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

e-mail _____

<i>Si iscrive al XXI CONGRESSO NAZIONALE SICOB</i>	<i>Prima del 15 marzo 2013</i>	<i>Dopo il 15 marzo 2013</i>
SOCIO SICOB (in regola con la quota associativa)	<input type="checkbox"/> Iscrizione gratuita	<input type="checkbox"/> € 100,00 IVA inclusa
NON SOCIO SICOB (discipline mediche)	<input type="checkbox"/> € 150,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 150,00 IVA inclusa
NON SOCIO SICOB (discipline NON mediche)	<input type="checkbox"/> € 50,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 50,00 IVA inclusa
SPECIALIZZANDO	<input type="checkbox"/> € 50,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 50,00 IVA inclusa
Desidero partecipare alla Serata Conviviale del 26 aprile	<input type="checkbox"/> SI Al costo di € 50,00 IVA inclusa (cena + trasferimento in bus – la quota per la cena potrà essere versata direttamente in sede congressuale)	<input type="checkbox"/> NO

CANCELLATION POLICY: La quota di iscrizione potrà essere rimborsata solo nel caso che la disdetta venga comunicata alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre il 5 aprile 2013

MODALITA' DI PAGAMENTO E FATTURAZIONE

Pagamento totale di € _____

Il pagamento viene effettuato con:

- Allegato assegno circolare o bancario NON TRASFERIBILE intestato a Kassiopea Group S.r.l. e inviato a:
Kassiopea Group Srl – Via G. Mameli 65 – 09124 Cagliari
- Bonifico Bancario intestato a: Kassiopea Group S.r.l.
 BNL AGENZIA 3 CAGLIARI – IBAN IT84H010050499800000002523
 specificando il nome del partecipante e indicando nella causale **"ISCRIZIONE XXI CONGRESSO NAZIONALE SICOB"**
 (si allega copia dell'ordine di bonifico) - **N.B. Le spese bancarie e postali sono a carico del partecipante**
- Carta di credito

Prego prelevare dalla mia carta di credito

VISA CARTASI MASTERCARD

l'importo di € _____

Intestatario della carta

Cognome _____ Nome _____

N° carta |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data scadenza |__|__|__|__|__|__|

FATTURAZIONE
 (N.B. - La mancata comunicazione dei dati necessari per la fatturazione comporterà l'impossibilità di procedere alla Registrazione)

Intestazione della fattura _____

Indirizzo fiscale

Via/P.zza _____ n° _____ Città _____ CAP _____ PV _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA (obbligatoria se esistente) _____

Data _____ Firma _____

Informativa sulla Privacy
 La informiamo che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 i dati personali forniti attraverso la compilazione della presente scheda d'iscrizione, potranno formare oggetto di trattamento in relazione allo svolgimento di questo evento. I dati, il cui conferimento è facoltativo, ma indispensabile ai fini amministrativi, verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e la riservatezza. L'ambito di trattamento sarà limitato al territorio italiano e i dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a soggetti che in collaborazione con il titolare partecipano all'organizzazione di questa iniziativa compresa la Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina. I dati verranno trattenuti per tutta la durata dell'evento e verranno utilizzati in caso di invio di future informazioni di carattere istituzionale e formativo di Kassiopea Group. Lei potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 7 e ss. del D.Lgs 196/2003 e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettificazione, l'aggiornamento e l'integrazione dei suoi dati, nonché opporsi al loro utilizzo per le finalità indicate. Titolare dei sopraindicati trattamenti è Kassiopea Group Srl, con sede in Via G. Mameli, 65 a Cagliari. Responsabile del trattamento è l'Amministratore Unico di Kassiopea Group Srl.
 I dati saranno trattati dagli incaricati appartenenti alle seguenti aree: Organizzazione Eventi, Amministrazione, Segreteria, Direzione.
 Consenso
 Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 ed esprime il suo consenso previsto dagli articoli 23 e ss della citata legge, al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa.
 Data _____ Firma _____