

## SCHEDA DI ISCRIZIONE PROFESSIONISTI

### SEMINARIO DI FORMAZIONE: "LA RIABILITAZIONE DELLA PERSONA CON SCLEROSI SISTEMICA"

San Giovanni Rotondo, 12/13 ottobre 2007

Da compilare in modo leggibile ed inviare  
entro e non oltre il 20 settembre a:

ATENA EVENTI - Via Ospedale S. Lazzaro, 8  
71043 Manfredonia (Fg)

tel.: 0884 594029 fax: 0884 530242

info@atenaeventi.com - www.atenaeventi.com

### ISCRIZIONI ON-LINE:

www.atenaeventi.com > Eventi > Seminario Sclerosi Sistemica  
> Iscrizione on-line

Cognome ..... Nome .....

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Luogo di nascita .....

Professione ..... Disciplina .....

Tel. .... Cell. ....

Fax ..... e-mail .....

Ind. abitazione ..... CAP .....

Città ..... Prov. (.....)

Ospedale .....

Indirizzo ..... CAP .....

Città ..... Prov. (.....)

### QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA inclusa):

- |   |                 |         |
|---|-----------------|---------|
| <input type="checkbox"/> MEDICI         | (12/13 ottobre) | € 90,00 |
| <input type="checkbox"/> INFERMIERI     | (12/13 ottobre) | € 54,00 |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTI | (13 ottobre)    | € 42,00 |

### ACCLUDO PERTANTO PAGAMENTO PER:

- |  |                |         |
|--|----------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Quota di iscrizione                 |                | € ..... |
| <input type="checkbox"/> Cena e Pernottamento del 12 ottobre |                | € 55,00 |
| <input type="checkbox"/> Arrivo 11/10                        | Partenza 13/10 | € 66,00 |
| <input type="checkbox"/> Arrivo 12/10                        | Partenza 13/10 | € 33,00 |
| <input type="checkbox"/> Arrivo 11/10                        | Partenza 14/10 | € 99,00 |
| <input type="checkbox"/> Arrivo 12/10                        | Partenza 14/10 | € 66,00 |

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

L'iscrizione sarà ritenuta valida solo se alla scheda verrà allegata copia del pagamento (bonifico bancario/assegno bancario).

Si prega di indicare il metodo di pagamento prescelto:

- Assegno circolare o bancario non trasferibile  
n. .... della Banca .....  
per un importo di € .....,00 Intestato a: Palma Calò  
(assegno in originale da allegare alla presente scheda)
- Bonifico Bancario intestato a:  
Palma Calò - CIN Y - ABI 02008 - CAB 78450  
C/C: 000001229677  
Causale obbligatoria: "Iscrizione Seminario Sclerosi Sistemica"  
(Le spese bancarie sono a carico dell'ordinante)

### EMETTERE FATTURA INTESATA A:

(da compilare solo se l'intestazione è diversa dai dati inseriti per  
l'iscrizione al Congresso)

Ragione Sociale / Nome Cognome .....

Partita Iva / Codice Fiscale .....

Indirizzo ..... CAP .....

Città ..... Prov. (.....)

La fatturazione è obbligatoria per tutti gli iscritti e verrà consegnata  
in sede congressuale per la quota di iscrizione.

### Richiesta di esenzione Iva (art. 10 comma 20 D.P.R. 633/72)

Nota per i dipendenti di Enti Pubblici: Le Pubbliche Amministrazioni che scriveranno i propri dipendenti, per poter usufruire dell'esenzione IVA ai sensi dell'art. 10 DPR 633/72 - come modificato dall'art. 14 comma 10 della legge 24 dicembre 1993, n. 537 - dovranno inviare, unitamente alla scheda di iscrizione, una dichiarazione (contenente tutti i dati fiscali dell'Ente, nome del dipendente e titolo del seminario) in cui si specifichi che il partecipante per cui viene pagata la quota di iscrizione è un loro dipendente autorizzato a frequentare l'evento per aggiornamento professionale. La fattura verrà intestata all'Ente di appartenenza. In mancanza di tale dichiarazione o se il pagamento della suddetta fattura non perviene entro la data di inizio dell'evento, dovrà essere il dipendente ad anticiparne l'importo dovuto, in sede congressuale se necessario, e poi richiederne il rimborso al proprio Ente. In questo caso la fattura, con IVA inclusa, verrà intestata al partecipante.

I dati personali saranno trattati nel pieno rispetto e con l'osservanza delle disposizioni di cui al D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e delle misure prescritte, con esclusive finalità inerenti alla gestione dell'Evento ECM.

Acconsento al trattamento dei dati personali per l'invio di informazioni relative  
agli eventi in programma.

Data ..... Firma .....