

NOVITÀ IN TEMA DEI DISTURBI DEL SONNO

CORSO TEORICO-PRATICO DI MEDICINA DEL SONNO IN ETÀ PEDIATRICA

Roma, 22-23 Febbraio 2019 | Centro Congressi Villa Aurelia

Presidente *Maria Pia Villa*

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Da inviare a:

e mail: medicinadelsonno@emec-roma.com; fax 06/3231136

Si prega di scrivere in stampatello e compilare tutti i campi

COGNOME

NOME

ENTE DI APPARTENENZA

DIVISIONE/REPARTO

RESIDENZA/INDIRIZZO

CITTÀ

C.A.P.

PROV.

EMAIL

TEL.

PROFESSIONE

CODICE FISCALE

Dipendente

Convenzionato

Libero Professionista

DATI PER LA FATTURAZIONE (da compilare solo se diversi dai dati personali)

INTESTAZIONE FATTURA _____ CF/PARTITA IVA _____

INDIRIZZO _____ CITTÀ _____ PROV. (___) CAP _____

QUOTA DI ISCRIZIONE: 100,00 Euro + IVA 22%

LA QUOTA DI ISCRIZIONE DA DIRITTO A:

partecipazione ai lavori, light lunch, kit congressuale, attestato di partecipazione, attestato E.C.M. (agli aventi diritto)

MODALITA' DI PAGAMENTO:

Il pagamento può essere effettuato mediante bonifico bancario intestato a: e meeting & consulting Srl - UNICREDIT BANCA D'IMPRESA SpA - Filiale Roma Parioli - **IBAN: IT 96 0 02008 05120 000030079134** - o carta di credito tramite iscrizione on line. Causale: Iscrizione Congresso Medicina del sonno. La quota di partecipazione dovrà pervenire contestualmente all'iscrizione. Il mancato versamento annullerà l'iscrizione effettuata. In caso di mancata partecipazione al Congresso la quota versata non verrà rimborsata.

MODALITA' DI CANCELLAZIONE:

È previsto il rimborso del 50% dell'intero importo per cancellazioni pervenute entro il 28/01/2019. Dopo tale data non sarà previsto nessun rimborso.

Data _____

Firma _____

La e meeting&consulting, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, la informa che i suoi dati verranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 (GDPR). L'informativa sulla privacy è consultabile sul sito www.emec-roma.com. Si informa che i dati sono oggetto di trattamento manuale ed informatico, evidenziando che lo stesso non avverrà per finalità diverse da quelle indicate nella presente informativa. Autorizzo la e meeting&consulting al trattamento dei dati inseriti nel presente modulo.

Data.....

Firma.....

Segreteria Organizzativa

e MEETING&CONSULTING

Via Michele Mercati, 33 - 00197 Roma

medicinadelsonno@emec-roma.com

Tel 06 80693320 Fax 06 3231136