

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso Teorico-Pratico di Fonochirurgia e Terapia Logopedica
Cesena, 10 e 11 novembre 2016

Da compilare ed inviare via e-mail, fax o posta ordinaria prima del 20 ottobre 2016

1. Informazioni sul partecipante

Nome _____ COGNOME _____

Professione _____

Disciplina _____ luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo privato _____

Via _____

Città _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ cell _____

E-mail _____

Sede di lavoro

Ente/Istituto/Ospedale _____

U.O/ Divisione/Specialità _____

Via _____ Città _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

ESIGENZE PARTICOLARI

La preghiamo di indicare di seguito esigenze di tipo medico o alimentare (es. Pasti vegetariani, accesso per disabili ecc. ecc.)

2. QUOTA DI ISCRIZIONE

La quota di iscrizione comprende l'accesso al corso, le colazioni di lavoro, i coffee break.

MEDICO

Quota di iscrizione IVA 22% INCLUSA	Euro € 427,00
Quota di iscrizione IVA 22% ESCLUSA (solo per Enti pubblici)	Euro € 350,00

LOGOPEDISTA

Quota di iscrizione IVA 22% INCLUSA	Euro € 305,00
Quota di iscrizione IVA 22% ESCLUSA (solo per Enti pubblici)	Euro € 250,00

SPECIALIZZANDO

Quota di iscrizione IVA 22% INCLUSA	Euro € 183,00
Quota di iscrizione IVA 22% ESCLUSA (solo per Enti pubblici)	Euro € 150,00

3. Pagamento

Bonifico Bancario:

Intestatario del Conto A.C. Gruppo ORL Cesena
Banca: Cassa Risparmio di Cesena - Ag. Ospedale Bufalini
IBAN: IT 59 N 06120 23936 CC0360509229

**** Bonifico bancario al netto delle spese. Causale del versamento "NOME e COGNOME – CORSO FONOCIRURGIA". Si prega di allegare alla scheda di partecipazione copia dell'avvenuto bonifico.**

Per il rilascio della fattura indicare:

Intestazione Fattura _____

Indirizzo fiscale _____ Cap _____ Città _____ Prov _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

4. Informazioni generali

Deadlines: Le iscrizioni dovranno essere inviate alla segreteria organizzativa via e-mail, fax o posta ordinaria.

Vi preghiamo di utilizzare un modulo per persona. Per qualsiasi problema nella registrazione vi preghiamo di contattare la Segreteria Organizzativa al numero 051 5876729 o via e-mail - momedaeventi@momedaeventi.com

Saranno accettate le prime 50 iscrizioni che perverranno alla segreteria organizzativa.

Informazioni sul pagamento: Le iscrizioni saranno confermate solo se accompagnate dall'attestazione di pagamento. Per gli enti pubblici fa fede la lettera di impegno. Per l'esenzione dell'IVA da parte degli Enti è necessario allegare la dichiarazione di esenzione.

Non saranno accettate iscrizioni telefoniche.

Politica di cancellazione e rimborso:

Le cancellazioni andranno segnalate per iscritto alla Segreteria Organizzativa.

- Per cancellazioni prima del 20 Ottobre 2016, sarà rimborsato il 50% della quota di iscrizione.
- Per cancellazioni dopo il 20 Ottobre 2016 non sarà possibile nessun rimborso.

I rimborsi saranno comunque effettuati dopo la data di fine del corso.

I "No shows" non sono rimborsabili.

È possibile effettuare cambi di nominativi ma saranno accettati solo per iscritto.

Conferma di iscrizione: Entro 10 giorni dalla ricezione del modulo sarà inviata via e-mail una conferma di iscrizione

*Inviando la scheda di iscrizione sono consapevole di dover inviare la ricevuta di pagamento/assegno bancario per l'importo dell'intera quota di iscrizione.
Ho preso nota delle politiche di cancellazione e rimborso.*

5. ECM

È stata presentata domanda di accreditamento per la figura di:

- Medico Chirurgo specialista in Otorinolaringoiatria, Medicina Generale, Audiologia e Foniatria
- Logopedista

I questionari ECM verranno consegnati al momento dell'iscrizione:

Per ottenere l'attribuzione dei crediti formativi è necessario:

- compilare e consegnare l'intera documentazione
- superare il test di valutazione dell'apprendimento
- partecipare per il 100% ai lavori scientifici
- registrare la propria presenza firmando gli appositi moduli

I crediti formativi non verranno assegnati:

- in caso il partecipante lasci la sede congressuale prima del termine dei lavori scientifici
- in caso il partecipante non consegni il questionario ECM e i documenti richiesti debitamente compilati
- in caso il partecipante non consegni personalmente i documenti richiesti

NON VERRANNO ACCETTATI I DOCUMENTI CONSEGNA TI DA ALTRI DIVERSI DAL PARTECIPANTE STESSO

Data: _____/_____/_____

Firma: _____

