

SCHEDA DI ISCRIZIONE

CONGRESSO REGIONALE GERO
Modena, 28 Marzo 2015

Da compilare ed inviare via e-mail, fax o posta ordinaria

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.)

PRESIDI PER DIVERSAMENTE ABILI _____

ESIGENZE ALIMENTARI _____

2. QUOTA DI ISCRIZIONE

La quota di iscrizione comprende l'accesso al corso, la colazione di lavoro, il coffee break.

MEDICO

Quota di iscrizione IVA 22% INCLUSA Euro € 100,00

MEDICO In Formazione specialistica

Quota di iscrizione IVA 22% INCLUSA Euro € 30,00

INFERMIERE, LOGOPEDISTA, TECNICO AUDIOMETRISTA E AUDIOPROTESISTA

Quota di iscrizione IVA 22% INCLUSA Euro € 30,00

Studente (Medicina e Chirurgia, Logopedia, Scienze infermieristiche)

Gratuito Euro € 0,00

3. Pagamento

Bonifico Bancario:

Intestatario del Conto Momedata Eventi Srl
Banca: CARISBO – Filiale S. Felice
IBAN: IT 64 L 06385 02412 100000003977

** Bonifico bancario al netto delle spese. Causale del versamento "NOME e COGNOME – GERO 2015". 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 200 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 2 Marzo 2015, sarà rimborsata la quota con una trattenuta di 15,00 € per le spese amministrative.

- Per cancellazioni dopo il 2 Marzo 2015 non sarà possibile nessun rimborso.

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

I "No shows" non sono rimborsabili.

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

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, Chirurgia Maxillo Facciale, Audiologia e Foniatria
- Logopedista, Infermiere, Tecnico Audiometrista, Tecnico Audioprotesista

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 CONSEGNATI DA ALTRI DIVERSI DAL PARTECIPANTE STESSO

Data: ____/____/____

Firma: _____

