

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

### FEEDING DISORDER NEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

4-5 Maggio 2024  
Bologna



Feeding Disorder  
nei disturbi del  
Neurosviluppo

4-5 Maggio 2024  
Bologna

Dr.ssa Isabella Roppa  
Dr.ssa Caterina Apruzzese

Destinatari: Logopedisti  
15 ore in presenza

#### 1. Informazioni sul partecipante

Nome \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Disciplina \_\_\_\_\_ luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo privato \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

#### **Sede di lavoro**

Ente/Istituto/Ospedale \_\_\_\_\_

U.O/ Divisione/Specialità \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

#### **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. QUOTE DI ISCRIZIONE

QUOTE DI ISCRIZIONE	INDICARE LA PROPRIA SCELTA	IVA 22% ESCLUSA (solo per Enti pubblici)	IVA 22% INCLUSA
LOGOPEDISTI		<input type="checkbox"/> € 204,92	<input type="checkbox"/> € 250,00

#### **PRIMA DI PROCEDERE AL PAGAMENTO VI PREGHIAMO DI ASPETTARE LA CONFERMA DALLA SEGRETERIA**

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.

#### 3. Pagamento

Bonifico Bancario:

Intestatario del Conto Mameda Eventi srl  
Banca: BPER Ag. 6  
IBAN: IT 11 P 05387 02406 000002101788

\*\* Bonifico bancario al netto delle spese. Causale del versamento "NOME e COGNOME – FEEDING DISORDER 4-5 Maggio 2024". Si prega di allegare alla scheda di partecipazione copia dell'avvenuto bonifico.

Carta di Credito/Paypal:

Contattare la Segreteria Organizzativa che aprirà la procedura per pagamento con carta di credito

**Dati Fatturazione:**

Intestazione Fattura \_\_\_\_\_

Indirizzo fiscale \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA (solo se in possesso) \_\_\_\_\_

Codice SDI (solo se in possesso) \_\_\_\_\_

**4. Informazioni generali**

**Deadlines:** Le iscrizioni dovranno essere inviate alla segreteria organizzativa via e-mail.

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 - info@momedaeventi.com

**Politica di cancellazione e rimborso**

Le cancellazioni andranno segnalate per iscritto alla Segreteria Organizzativa.

- Per cancellazioni entro il 31 Marzo 2024, sarà rimborsata l'intera quota di iscrizione, tranne € 50,00 (costi di gestione pratica).
- Per cancellazioni dal 1 Febbraio 2024 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:** Al momento della ricezione del modulo sarà inviata via e-mail una conferma di iscrizione. Seguirà poi, una volta verificato il pagamento, regolare fattura

*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:

- Logopedista

**NON VERRANNO ACCETTATI I DOCUMENTI CONSEGNATI DA ALTRI DIVERSI DAL PARTECIPANTE STESSO**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

*Si autorizza al trattamento e alla pubblicazione dei dati personali ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679. Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy (disponibile sul sito www.momedaeventi.com) e di accettarla.*

