

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Studio Radiologico Dinamico della Deglutizione (VFSS) Uso clinico nella gestione di pazienti con disturbi della deglutizione 8-9 novembre 2024

Centro Congressi SGR, Rimini

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. _____

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 | IVA 22% ESCLUSA (solo per Enti pubblici) | IVA 22% INCLUSA |
|---|--|-----------------------------------|
| Medico Chirurgo (Radioterapia, Radiodiagnostica, Neuroradiologia, Medicina fisica e riabilitazione, Audiologia e foniatría, Otorinolaringoiatria, Gastroenterologia, Geriatria, Malattie dell'apparato respiratorio), Tecnico Sanitario di radiologia medica Fisioterapista Infermiere Infermiere Pediatrico Logopedista | <input type="checkbox"/> € 245,90 | <input type="checkbox"/> € 300,00 |

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 Momedata Eventi srl
Banca: BPER Ag. 7
IBAN: IT 11 P 05387 02406 000002101788

**** Bonifico bancario al netto delle spese. Causale del versamento "NOME e COGNOME – VFSS 8-9 NOVEMBRE 2024".**

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 - segreteria@momedaeventi.com

Politica di cancellazione e rimborso

Le cancellazioni andranno segnalate per iscritto alla Segreteria Organizzativa.

- Per cancellazioni fino al 7 OTTOBRE 2024, sarà rimborsata l'intera quota di iscrizione, tranne € 50,00 (costi di gestione pratica).
- Per cancellazioni dal 8 OTTOBRE 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.

Ho preso nota delle politiche di cancellazione e rimborso.

5. ECM

È stata presentata domanda di accreditamento per la figura di:

Medico Chirurgo (Audiologia e foniatria, Gastroenterologia, Geriatria, Malattie dell'apparato respiratorio, Medicina fisica e riabilitazione, Neurologia, Otorinolaringoiatria, Scienza dell'alimentazione e dietetica, Radioterapia),

Fisioterapista,

Dietista

Infermiere

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.

| |
|--|
| <p>Segreteria Organizzativa</p>  <p>MOMEDA EVENTI - Via delle Lame, 2 40122 Bologna BO Tel: +39 051 5876729 E-mail: segreteria@momedaeventi.com</p> |
|--|