

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Studio Endoscopico Dinamico della Deglutizione (FEES) in ambito pediatrico Uso clinico nella gestione di pazienti con disturbi della deglutizione 29-30 novembre 2024 - I e II livello

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 (es. accesso per disabili ecc. cc.)

PRESIDI PER DIVERSAMENTE ABILI _____

| 2. QUOTE DI ISCRIZIONE | IVA 22% ESCLUSA (solo per Enti pubblici) | IVA 22% INCLUSA |
|--|--|-----------------------------------|
| 29 NOVEMBRE 2024 | | |
| STUDENTI/SPECIALIZZANDI | <input type="checkbox"/> € 106,56 | <input type="checkbox"/> € 130,00 |
| Medico Chirurgo (Pediatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Neonatologia, Otorinolaringoiatria, Audiologia e Foniatria, Radiodiagnostica) Logopedista Fisioterapista Terapista Occupazionale Tecnico Sanitario di Radiologia Medica Dietista Infermiere | <input type="checkbox"/> € 163,94 | <input type="checkbox"/> € 200,00 |
| 30 NOVEMBRE 2024 | | |
| Medico Chirurgo (Pediatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Neonatologia, Otorinolaringoiatria, Audiologia e Foniatria, Radiodiagnostica) Logopedista Fisioterapista Terapista Occupazionale Tecnico Sanitario di Radiologia Medica Dietista Infermiere | <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 Momedà 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 – FEES PEDIATRICO 29-30 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 27 OTTOBRE 2024, sarà rimborsata l'intera quota di iscrizione, tranne € 50,00 (costi di gestione pratica).

- Per cancellazioni dal 28 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 (Pediatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Neonatologia, Otorinolaringoiatria, Audiologia e Foniatria, Radiodiagnostica)

Logopedista

Fisioterapista

Terapista Occupazionale

Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

Dietista

Infermiere

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> |
|--|