

## SCHEMA DI ISCRIZIONE

# Studio Endoscopico Dinamico della Deglutizione (FEES) Usò clinico nella gestione di pazienti con disturbi della deglutizione 12-13 dicembre 2024 - I 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 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
<b>12 dicembre 2024</b>		
STUDENTI/SPECIALIZZANDI	<input type="checkbox"/> 65,57	<input type="checkbox"/> € 80,00
<b>Medico Chirurgo</b> (Anestesia e Rianimazione, Audiologia e foniatria, Gastroenterologia, Geriatria, Malattie dell'apparato respiratorio, Medicina fisica e riabilitazione, Neurologia, Otorinolaringoiatria, Scienza dell'alimentazione e dietetica, Radioterapia) <b>Fisioterapista</b> <b>Dietista</b> <b>Infermiere</b> <b>Logopedista</b>	<input type="checkbox"/> 114,75	<input type="checkbox"/> € 140,00
<b>13 dicembre 2024</b> Iscrizione vincolata dalla frequentazione e completamento del corso Teorico di I Livello in questa o in una delle precedenti edizioni		
<b>Medico Chirurgo</b> (Anestesia e Rianimazione, Audiologia e foniatria, Gastroenterologia, Geriatria, Malattie dell'apparato respiratorio, Medicina fisica e riabilitazione, Neurologia, Otorinolaringoiatria, Scienza dell'alimentazione e dietetica, Radioterapia) <b>Logopedista</b> <b>Fisioterapista</b>	<input type="checkbox"/> 368,85	<input type="checkbox"/> € 450,00
	<input type="checkbox"/> 244,26	<input type="checkbox"/> € 298,00

#### 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 – FEES ADULTI I LIVELLO 12-13 DICEMBRE 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 - info@momedaeventi.com

#### Politica di cancellazione e rimborso

Le cancellazioni andranno segnalate per iscritto alla Segreteria Organizzativa.

- Per cancellazioni fino al 25 OTTOBRE 2024, sarà rimborsata l'intera quota di iscrizione, tranne € 50,00 (costi di gestione pratica).

- Per cancellazioni dal 26 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><b>Segreteria Organizzativa</b></p> <p></p> <p>MOMEDA EVENTI - Via delle Lame, 2 40122 Bologna BO Tel: +39 051 5876729 E-mail: segreteria@momedaeventi.com</p>
--