

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

### La Bocca del Neonato Pretermine Tra prevenzione e azione 4, 5, 6 Aprile 2025 Genova



#### 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% INCLUSA	IVA 22% ESCLUSA (solo per Enti pubblici)
4 APRILE – tutte le professioni	<input type="checkbox"/>		€ 100,00	€ 81,97
4 APRILE – studenti	<input type="checkbox"/>		€ 80,00	€ 65,57
4 e 5 APRILE – tutte le professioni	<input type="checkbox"/>	5 APRILE (indicare preferenza) ** <input type="checkbox"/> MATTINO <input type="checkbox"/> POMERIGGIO	€ 250,00	€ 204,92
6 APRILE - logopedisti	<input type="checkbox"/>		€ 180,00	€ 147,54
4 e 6 APRILE - logopedisti	<input type="checkbox"/>		€ 280,00	€ 229,51
4-5-6 APRILE - logopedisti	<input type="checkbox"/>	5 APRILE (indicare preferenza) ** <input type="checkbox"/> MATTINO <input type="checkbox"/> POMERIGGIO	€ 400,00	€ 327,87

**\*\*NB: SE NON SI RAGGIUNGERÀ IL NUMERO MINIMO PER ATTIVARE ENTRAMBI I GRUPPI DEL GIORNO 5 APRILE VERRÀ ATTIVATO UN SOLO GRUPPO O AL MATTINO O AL POMERIGGIO)**

#### 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.

### 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 – Difficoltà Alimentazione 4-6 Aprile 2025".**

**Carta di Credito:**

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**

**Deadline:** Le iscrizioni sono a numero chiuso. Si prega di inviare la scheda di iscrizione entro il giorno 24 Febbraio 2025. Il pagamento della quota andrà effettuato dopo aver ricevuto conferma dalla Segreteria.

**Conferma di iscrizione:** alla ricezione del modulo la Segreteria invierà una mail di conferma. Sarà necessario inviare copia del pagamento entro 7 giorni dalla mail di conferma di iscrizione. Superato tale termine l'iscrizione verrà considerata nulla e il posto liberato.

Le iscrizioni saranno confermate solo dopo la verifica del pagamento. Non saranno accettate iscrizioni telefoniche. Seguirà poi, una volta verificato il pagamento, regolare fattura

Qualora le domande eccedessero il numero di posti prestabilito, l'ammissione seguirà l'ordine di arrivo delle schede.

**Politica di cancellazione:** **LA QUOTA DI ISCRIZIONE VERRÀ RESTITUITA per disdette ricevute per iscritto entro il 3 marzo 2025** con una trattenuta di € 50 (costi di gestione pratica). Non sono previsti rimborsi per cancellazioni dopo tale data.

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 specialista in NEONATOLOGIA, PEDIATRIA, AUDIOLOGIA e FONIATRIA, OTORINOLARINGOIATRIA, MEDICINA FISICA E DELLA RIABILITAZIONE
- Logopedista
- Infermiere
- Fisioterapista,
- Neuropsicomotricista dell'età evolutiva,
- Terapista Occupazionale
- Ostetrica/o

**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.mamedaeventi.com](http://www.mamedaeventi.com)) e di accettarla.*

<p><b>Segreteria Organizzativa</b></p>  <p>MOMEDA EVENTI – Via delle Lame, 2 40122 Bologna BO Tel: +39 051 5876729 E-mail: <a href="mailto:segreteria@mamedaeventi.com">segreteria@mamedaeventi.com</a></p>
--