



**DATI ANAGRAFICI**

Titolo \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_ Divisione \_\_\_\_\_

Indirizzo Ente \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo privato \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Dati obbligatori ai fini ECM: Qualifica:  Medico  Biologo  Tecnico

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**QUOTE DI ISCRIZIONE**

	<b>ENTRO IL 31/05</b>	<b>DAL 01/06 AL 30/08</b>	<b>DAL 01/09</b>
SOCI SIAPEC - divisione italiana della IAP*	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 350,00	<input type="checkbox"/> € 380,00
NON SOCI SIAPEC O SOCI			
NON IN REGOLA CON IL PAGAMENTO**	<input type="checkbox"/> € 420,00	<input type="checkbox"/> € 470,00	<input type="checkbox"/> € 500,00
SPECIALIZZANDI E DIPLOMATI NEL 2009*/***	<input type="checkbox"/> € 150,00	<input type="checkbox"/> € 220,00	<input type="checkbox"/> € 250,00
TECNICO**	<input type="checkbox"/> € 250,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 330,00
TECNICO (1 giornata)**	<input type="checkbox"/> € 100,00	<input type="checkbox"/> € 120,00	<input type="checkbox"/> € 150,00
ACCOMPAGNATORE**	<input type="checkbox"/> € 100,00	<input type="checkbox"/> € 100,00	<input type="checkbox"/> € 100,00

\*quota associativa straordinaria, quota fuori campo IVA ai sensi Art. 4 DPR 633/72. Ai SOCI in regola con il pagamento delle quote annuali l'Associazione emetterà ricevuta su propria carta intestata con marca da bollo da € 1,81;

\*\*quote incluse di IVA 20%. Adria Congreg emetterà regolare fattura contestualmente al versamento dell'importo indicato;

\*\*\*Specializzandi e diplomati nel 2009 dovranno allegare la copia del libretto universitario alla scheda di iscrizione.

La quota di partecipazione SOCI SIAPEC e NON SOCI SIAPEC comprende: partecipazione alle sessioni scientifiche, ingresso all'area espositiva, badge e kit congressuale, volume degli atti, attestati di partecipazione, attestato ECM (se conseguito), coffee break, colazioni di lavoro, cocktail di benvenuto, buono di Euro 30,00 per la cena di venerdì 24 settembre 2010.

La quota di partecipazione SPECIALIZZANDI/DIPLOMATI NEL 2009 e TECNICI comprende: partecipazione alle sessioni scientifiche, ingresso all'area espositiva, badge e kit congressuale, volume degli atti, attestati di partecipazione, attestato ECM (se conseguito), coffee break, colazioni di lavoro, cocktail di benvenuto.

La quota di partecipazione ACCOMPAGNATORE comprende: cocktail di benvenuto, buono di Euro 30,00 per la cena di venerdì 24 settembre 2010, tour guidato di Bologna il 23 settembre 2010.

**NOTA BENE!!! Gli specializzandi e i diplomati nel 2009 che si iscrivono al Congresso entro il 31 maggio 2010 avranno diritto ad un anno gratuito di iscrizione alla SIAPEC-IAP.**

Fatturare a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ P.IVA/C.F. \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI ESENZIONE IVA (ART 10 COMMA 12 D.P.R. 633/72)**

Gli enti pubblici che vorranno chiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota di iscrizione per i propri dipendenti, sono tenuti a farne richiesta, utilizzando questo spazio.

Ente Richiedente \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI PAGAMENTO**

- Allego assegno circolare/bancario non trasferibile intestato ad Adria Congreg Srl;
- Allego copia del bonifico bancario effettuato presso CARIM - Agenzia nr.14 - IBAN 18N0628524214CC0142118559 intestato ad Adria Congreg Srl, specificando Cognome/Nome - 5° Congresso Italiano di Anatomia Patologica cod. 24211081MCR (commissioni bancarie a carico del committente);
- Carta di credito  CartaSi  Visa  Diner's  Amex  Mastercard

Nr. \_\_\_\_\_

Intestata a \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Autorizzo l'addebito di € \_\_\_\_\_ per la quota di iscrizione al 5° Congresso Italiano di Anatomia Patologica

Firma dell'intestatario \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**ANNULLAMENTI**

In caso di annullamento non è previsto alcun rimborso.

**Informativa art. 13 D.Lgs 30.06.2003 n. 196**

I dati personali acquisiti tramite il presente modulo sono raccolti per le finalità connesse allo svolgimento del Convegno e trattati con l'ausilio di strumenti elettronici e non elettronici. I dati raccolti saranno trattati unicamente da personale incaricato al trattamento dei medesimi (addetti all'attività commerciale, di amministrazione e di segreteria). I dati potranno essere comunicati a liberi professionisti, hotel, agenzie di viaggio, compagnie aeree e marittime, ordine professionale di appartenenza, istituti bancari, Ministero della Salute ai fini ECM e ad eventuali Aziende Sponsor. Il conferimento dei dati (nome, cognome, indirizzo, professione, codice fiscale, partita iva, luogo e data di nascita, telefono, e-mail, ecc...) è obbligatorio per consentire la prenotazione alberghiera, l'iscrizione al Convegno, per l'emissione di regolare fattura e la registrazione ai fini ECM. I suddetti dati (indirizzo mail, numero di fax) potranno essere utilizzati anche per informarLa dei nostri futuri eventi se esprimerà il Suo consenso barrando l'apposita casella. Un eventuale rifiuto a conferire il consenso per l'invio di comunicazioni relative alle nostre attività non pregiudicherà l'iscrizione al Convegno ma l'impossibilità di contattarLa per informarLa su eventi futuri. Titolare del trattamento è "Adria Congreg Srl" con Sede Legale in Parco Federico Fellini, 3 - 47900 Rimini. Le ricordiamo che Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Titolare del trattamento all'indirizzo bookingsiapec@adriacongreg.it.

Consento che i miei dati personali siano trattati per informarmi su iniziative similari o sui servizi di consulenza svolti dai Titolari SI  NO

Desidero ricevere materiale informativo a mezzo e-mail o fax SI  NO

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_