

## QUOTA E MODALITA' DI ISCRIZIONE

Il Corso è riservato a un numero limitato di partecipanti.

**Quota iscrizione: 270,00 €; Quota Soci SIAPEC: 220,00 €; Quota ridotta per gli specializzandi: 150,00 €.** Le quote sono esenti IVA.

Ai sensi dell'art. 54 T.U.I.R. e nei limiti ivi previsti, le spese di partecipazione alla presente attività sono deducibili nella determinazione del reddito di lavoro autonomo.

Per iscriversi è necessario inviare a ANM – Via Martin Piaggio, 17/6 – 16122 Genova o al numero di fax 01083794260, entro il **17 aprile 2015**:

- scheda di iscrizione, debitamente compilata anche nel caso in cui l'iscrizione sia offerta da sponsor;
- attestazione del pagamento effettuato.

In alternativa è **possibile iscriversi on-line all'indirizzo [www.accmed.org](http://www.accmed.org)** facendo comunque seguire attestazione del bonifico o i dati della carta di credito al fax 010 83794260.

**Non saranno considerate valide le domande pervenute senza attestazione del pagamento e/o con scheda incompleta. L'iscrizione sarà confermata dalla Segreteria a mezzo mail.**

Qualora non venga raggiunto il numero minimo di iscritti necessario alla realizzazione del Corso, la Segreteria si riserva di inviare una comunicazione scritta e il rimborso totale della quota.

In caso di rinuncia si prega di inviare una comunicazione scritta alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre dieci giorni prima della realizzazione del Corso.

La quota versata verrà restituita con la detrazione del 30%. Gli annullamenti effettuati dopo tale data non avranno diritto ad alcun rimborso.

## PAGAMENTO

Il pagamento della quota di iscrizione di € ..... senza il quale la stessa non sarà ritenuta confermata, avverrà tramite:

**bonifico** bancario intestato Accademia Nazionale di Medicina, Banca Prossima IBAN IT35Q0335901600100000121744 - SWIFT(BIC) CODE: BCITITMX (specificando nella causale "Iscrizione del Dott./Dott.ssa al Corso **15\_RE\_1164**) e inviando copia via fax

**assegno** non trasferibile intestato a Accademia Nazionale di Medicina

**Carta di credito**  MasterCard  Visa  EuroCard

Nome intestatario \_\_\_\_\_

N° Carta (16 cifre) \_\_\_\_\_

CVV2 (ultime 3 cifre retro carta) \_\_\_\_\_ Validità \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal** titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa, ed in particolare:

a) per fornire i servizi informatici richiesti e per assolvere a tutti gli obblighi amministrativi e legali connessi;

Dà il consenso  Nega il consenso

b) per promuovere le attività organizzate da ANM.

Dà il consenso  Nega il consenso

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

15\_RE\_1164

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Invitato da (sponsor) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

(specificare: medico, biologo, tecnico lab. ecc)

Ordine/Collegio/Ass.prof.le \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N° iscrizione \_\_\_\_\_

Disciplina/Specializzazione

Libero professionista  Dipendente  Convenzionato  Privo di occupazione

Qualifica \_\_\_\_\_

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

Divisione \_\_\_\_\_

Indirizzo ente \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

E-mail PEC\* \_\_\_\_\_

Indirizzo abitazione \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel abitazione \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

\* preferibile per invio attestati ECM

*I campi in grassetto sono obbligatori, l'incompleta compilazione (codice fiscale, data di nascita ecc.) della scheda di iscrizione potrà comportare la mancata assegnazione dei crediti formativi ECM relativi all'evento.*

**INTESTAZIONE FATTURA** \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P. Iva \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_