# LE PAROLE CHIAVE DEL GISMa

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria Organizzativa
Konicab srl
Via F. Baracca, 7 - 40133 Bologna
Tel. 051 385328 - Fax 051 311350
congressi@konicab.it - www.konicab.it

**Convegno GISMa 2013 ▪ Torino 25-27 settembre**

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... il ..... Codice Fiscale |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Professione ..... Specialistica .....

Ente di appartenenza ..... Indirizzo lavoro .....

CAP |_|_|_|_|_| Città ..... Tel. lavoro .....

Indirizzo privato ..... N. civico .....

CAP |_|_|_|_|_| Città ..... Cell. .....

Indirizzo e-mail .....

Ordine, Collegio o Associazione Professionale .....

..... della provincia o regione .....

Provincia in cui opera prevalentemente.....

Profilo lavorativo attuale: ❑ Dipendente SSN ❑ Convenzionato SSN
❑ Libero professionista ambito sanitario ❑ Altro.....

Area di interesse per i gruppi di lavoro (segnare solo un gruppo):
❑ Area Epidemiologia Valutativa, Organizzazione e Comunicazione
❑ Area Diagnosi
❑ Area Fisico-Tecnica
❑ Area Terapia

## QUOTE DI ISCRIZIONE

Barrare la casella relativa alla propria categoria di appartenenza (medici o altre categorie professionali)

| Partecipazione al Convegno del 25-27 settembre | Quote iscrizione Convegno | IVA iscrizione | Quota ass. anno 2013 (esente IVA) | Totale |
|---|---|---|---|---|
| **Medici** | | | | |
| ❑ In regola con la quota ass. 2013 | 90,91 € | 19,09 € | | 110,00 € |
| ❑ NON in regola con la quota ass. 2013 | 90,91 € | 19,09 € | 40,00 € | 150,00 € |
| **Altre categorie professionali** | | | | |
| ❑ In regola con la quota ass. 2013 | 50,00 € | 10,50 € | | 60,50 € |
| ❑ NON in regola con la quota ass. 2013 | 50,00 € | 10,50 € | 40,00 € | 100,50 € |
| ❑ **Specializzandi*** | 50,00 € | 10,50 € | 40,00 € | 100,50 € |
| ❑ **Studenti**** | | | 40,00 € | 40,00 € |

* Inviare insieme alla scheda di iscrizione la lettera della scuola di specializzazione.
** Inviare insieme alla scheda di iscrizione copia delle tasse universitarie per l'anno accademico in corso.

**La quota di iscrizione al Convegno include la possibilità di partecipare al corso per Radiologi OPPURE a quello per Tecnici sanitari di radiologia medica che si terranno il 25 settembre.**

Desidera partecipare al corso per Radiologi? ❑ Sì ❑ No
Desidera partecipare al corso per Tecnici sanitari di radiologia medica? ❑ Sì ❑ No

Per chi non intende partecipare al Convegno ma solo ai Corsi del 25 settembre, le quote di iscrizione sono le seguenti:

| Medici o TSRM | | |
|---|---|---|
| ❑ In regola con la quota ass. 2013 | 60,50 € | (50,00 € + Iva 21%) |
| ❑ NON in regola con la quota ass. 2013 | 100,50 € | (40,00 € + 50,00 € + Iva 21%) |

**La sera del 26 settembre sarà organizzata una Cena sociale.**
Desidera partecipare alla Cena sociale? ❑ Sì ❑ No
La quota ammonta a 22,00 €

## DATI PER LA FATTURAZIONE

Intestare fattura a:
(Ragione Sociale o Cognome e Nome): .....

Via ..... CAP ☐☐☐☐☐ Città ..... Prov. .....

Partiva IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Codice Fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

RICHIESTA DI ESENZIONE IVA (art. 10 c. 20 DPR 637/72)
Gli enti pubblici che desiderano richiedere l'esenzione IVA **sul pagamento della quota di iscrizione** dei propri dipendenti sono tenuti a farne richiesta apponendo il proprio timbro qui a lato. Non sono riconosciute richieste senza timbro e non è possibile richiedere emissione di nota di accredito a pagamento e/o fatturazione già avvenuta.

## MODALITÀ DI PAGAMENTO (barrare una casella)

❑ Assegno Bancario intestato a Konicab srl

di € ..... numero .....

(si prega di spedire l'assegno accompagnato dalla scheda di iscrizione a: Konicab srl, via F. Baracca 7/E - 40133 Bologna)

❑ Bonifico Bancario effettuato a favore di Konicab srl:
UniCredit Banca - IBAN: IT50K0200802402000101820780
(si prega di spedire copia della contabile del bonifico accompagnato dalla scheda di iscrizione a: Konicab srl, via F. Baracca 7/E - 40133 Bologna o eventualmente a mezzo fax allo 051 311350)

❑ Carta di Credito ❑ VISA ❑ CARTASI ❑ MASTERCARD

Carta n. ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Codice di sicurezza CVV2 (indicato sul retro della carta) ☐☐☐

Titolare della carta ..... Data di scadenza ☐☐ ☐☐

Data ..... Firma (obbligatoria per pagamento con Carta di Credito) .....

## MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE (barrare una casella)

❑ Il sottoscritto dichiara di essere stato iscritto dalla seguente Azienda Sponsor: ..... e di essere consapevole che i crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento sono acquisibili mediante reclutamento diretto entro il limite massimo di 1/3

❑ Il sottoscritto dichiara di NON essere stato iscritto da Azienda Sponsor

Data ..... Firma .....

I trattamento dei dati personali conferiti viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dalla D.Lgs 30/6/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" in particolare art. 18 e 19, per le finalità delle iniziative in corso e/o al fine di aggiornare i partecipanti rispetto a successive iniziative di formazione promosse dall'Azienda. I dati trattati non saranno comunicati o diffusi a terzi. In relazione agli stessi dati, ciascun partecipante ha diritto di conoscere i dati personali oggetto del trattamento, di ottenere l'aggiornamento e/o la rettifica dei dati che lo riguardano, di ottenere la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione della normativa, nonché il diritto di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano.

Data ..... Firma .....