

**5° CORSO DI DISSEZIONE ANATOMICA PER TERAPISTI DELLA MANO
HOT TOPICS IN RIABILITAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE: guardiamoci dentro
MILANO, 13-14 APRILE 2019**

04CL001 - 000079

SCHEDA DI ISCRIZIONE

DATI ANAGRAFICI PARTECIPANTE

Nome _____ Cognome _____

Professione _____ Disciplina _____

Ente di appartenenza _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Cell _____ E-mail _____

Luogo di Nascita _____ Data di Nascita _____

Codice Fiscale (obbligatorio ai sensi del D.L. Bersani 248/06) _____

Ordine/Collegio di appartenenza _____ n. iscrizione _____

Tipo di impiego: Libero Professionista Dipendente
 Convenzionato Privo di occupazione

DATI PER LA FATTURAZIONE (se diversi dal partecipante)

Nome Azienda/Ente/Istituto _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale (obbligatorio ai sensi del D.L. Bersani 248/06) _____

Partita IVA (obbligatoria se esistente) _____

Tel _____ E-mail _____

QUOTE DI ISCRIZIONE

	IVA esclusa	IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	€ 400,00	€ 488,00
<input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale	€ 400,00	€ 488,00

RISCHIESTA ESENZIONE IVA e FATTURAZIONE ELETTRONICA

Gli enti pubblici che desiderano richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota di iscrizione di dipendenti e la fatturazione elettronica, sono tenuti a farne specifica richiesta allegando alla presente scheda una lettera su carta intestata indicando la volontà di pagamento dell'iscrizione ed il codice univoco.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario (obbligatorio allegare copia di pagamento)

A favore di MultiMedica SpA presso UBI – Filiale Milano Monte Pietà

IBAN: IT84P031110164500000000802 SWIFT/BIC: BLOPIT22

Si prega indicare nella causale nome + cognome + CadLab Terapisti 13-14 aprile 2019

MultiMedica S.p.A.

Società con socio unico soggetta a direzione e coordinamento di MultiMedica Holding S.p.A.

Sede legale: via Fantoli 16/15 - 20138 Milano
C.F. e P. IVA 06781690968
Isr. R. I. Milano 06781690968 / REA: MI - 1914159
Capitale sociale € 20.000.002,00 i. v.

*Sistema di Gestione per la Qualità certificato UNI EN ISO 9001:2008

Sedi Operative

IRCCS MultiMedica*
Istituto di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico
Via Milanese, 300
20099 Sesto S. Giovanni (MI)
Tel. 02 2420.91

Ambulatorio Multispecialistico MultiMedica
Via San Barnaba, 29
20122 Milano
Tel. 02 2420.91

Ospedale MultiMedica*
Viale Piemonte, 70
21053 Castellanza (VA)
Tel. 0331 393.111

Ospedale MultiMedica
Via Fratelli Bandiera, 3
20812 Limbiate (MB)
Tel. 02 2420.91

Ospedale San Giuseppe*
Via San Vittore, 12
20123 Milano
Tel. 02 8599.1

Centro di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica MultiLab*
Via Fantoli, 16/15
20138 Milano
Tel. 02 55406.1

ISTRUZIONI

La presente scheda sarà ritenuta valida solo se compilata in ogni sua parte e accompagnata dal relativo pagamento. Si prega di compilare la scheda in stampatello ed inviarla entro il 13 Marzo 2019 alla Segreteria Organizzativa che provvederà ad inviare la conferma dell'avvenuta iscrizione tramite e-mail. Qualora non doveste ricevere la conferma vi invitiamo a contattare la Segreteria Organizzativa al fine di verificare lo status della vostra iscrizione.

CANCELLAZIONI

Saranno rimborsate solo le cancellazioni pervenute per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro il 13 Marzo 2019, che daranno diritto ad un rimborso dell'importo versato, previa detrazione di € 50,00 per spese amministrative. Dopo tale data non sarà riconosciuto alcun rimborso. I rimborsi saranno effettuati entro i 60 giorni successivi al termine dell'evento.

Data _____ Firma _____

TUTELA DEI DATI PERSONALI – INFORMATIVA

Il partecipante dichiara di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali che:

1. I propri dati personali di cui alla presente scheda di iscrizione, ovvero i dati personali acquisiti nel corso della manifestazione, saranno trattati da MultiMedica SpA – anche con l'ausilio di mezzi elettronici – per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi relativi alla partecipazione alla manifestazione, per finalità statistiche, per l'invio di materiale promozionale, ovvero per l'adempimento di obblighi di legge e/o disposizioni di organi pubblici;
2. Il conferimento dei propri dati è facoltativo ma necessario per la partecipazione alla manifestazione
3. I propri dati verranno comunicati da società controllanti e collegate a MultiMedica SpA ovvero soggetti determinati incaricati della gestione e elaborazione dei dati per il raggiungimento delle finalità di cui il punto 1.

Il partecipante è informato che, ai sensi dell'articolo 7 del D. Lgs 196/2003, in ogni momento e gratuitamente potrà avere accesso ovvero richiedere la modifica e/o la cancellazione dei propri dati personali rivolgendosi direttamente al Responsabile dei Dati di MultiMedica SpA – Via Fantoli, 16/15 - Milano

Autorizzo MultiMedica SpA all'utilizzo dei dati personali indicati nella presente scheda ai fini ECM per la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti" nel rispetto del D. Lgs. N. 196 del 30/06/03. Io sottoscritto sono inoltre a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03.

Data _____ Firma _____

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

MultiMedica SpA
Jessica Vignali
Tel. 02 8599.4108

E-mail: jessica.vignali@multimedica.it