

FORM ISCRIZIONE

La Comunicazione Critica in Chirurgia
Cagliari – Sala Convegni Lazzaretto 9 aprile 2016
Rif.ECM 1579-XXXX



Compilare ed inviare a
SEGRETERIA NAZIONALE
VIA COSTANTINO MORIN 45, ROMA
tel 06 375183937 - fax 06 37518941
segreteria@acoi.it

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Istituto / Ospedale / Università _____

Indirizzo residenza _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Cell. _____ Tel. / Fax. _____

e-mail _____

Professione _____ Disciplina _____

Ordine/Collegio/Associazione _____ Numero iscrizione _____

Inquadramento professionale (libero professionista/dipendente/convenzionato/privo di occupazione) _____

QUOTA E MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="radio"/> SOCIO ACOI (in regola posizione associativa 2016) | QUOTA GRATUITA |
| <input type="radio"/> NON SOCIO / SOCIO NON IN REGOLA POSIZIONE ASSOCIATIVA | QUOTA € 180,00 (compresa IVA) |
| <input type="radio"/> MEDICO (specializzazione non afferente ACOI) | QUOTA 50€ (compresa IVA) |
| <input type="radio"/> SPECIALIZZANDO | QUOTA 50€ (compresa IVA) |
| <input type="radio"/> INFERMIERE | QUOTA 30€ (compresa IVA) |

PAGAMENTO (entro 31 marzo 2016)

Carta di credito / Accreditate la cifra di € _____ Visa Mastercard Carta Sì

Carta di credito n. _____ Data di scadenza ____/____/____

Intestatario _____ Data ____/____/____ Firma _____

Bonifico Bancario € _____

Beneficiario: "A.C.O.I." Banca: Unicredit Banca IBAN code: IT47E0200805007000400733198

Il sottoscritto ai sensi della DLg. 196/03 dichiara di autorizzare la il provider al trattamento dei dati secondo quanto previsto dalla normativa che regola la formazione facente parte del protocollo ECM, e l'invio in futuro di annunci e comunicazioni inerenti a convegni / congressi.

Firma _____