

**FORM ISCRIZIONE**  
**Le Sepsi Addominali**  
**Cagliari – T Hotel - 2 dicembre 2017**  
**Rif.ECM 1579-202836**



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"/> <b>SOCIO ACOI</b> (in regola posizione associativa 2017)     | QUOTA GRATUITA                  |
| <input type="radio"/> <b>NON SOCIO / SOCIO NON IN REGOLA POSIZIONE ASSOCIATIVA</b> | QUOTA € 180,00 (compresa IVA)   |
| <input type="radio"/> <b>MEDICO</b> (specializzazione non afferente ACOI)          | GRATUITO (20 posti disponibili) |
| <input type="radio"/> <b>SPECIALIZZANDO</b>  | QUOTA 50€ (compresa IVA)        |
| <input type="radio"/> <b>INFERMIERE</b>  | GRATUITO (20 posti disponibili) |

**PAGAMENTO (entro 19 novembre 2017)**

**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 \_\_\_\_\_