

III Corso Nazionale

La gestione multidisciplinare e multiprofessionale dell'OSAS in età adulta

7-9 Marzo 2019 - Lecce (Hilton Garden Inn)

Scheda Iscrizione

Inviare la presente con copia del bonifico o assegno a:
segreteria@samacongressi.it oppure al Fax: 090.6811318

Dati Personali

Cognome e Nome.....
Professione.....Disciplina.....
Indirizzo.....
Città.....Prov.....C.A.P.....
Cellulare.....E-mail.....

Dettagli Iscrizione

| Barrare | Descrizioni | Costo |
|---------|---|------------|
| | Quota iscrizione Medico | € 1.300,00 |
| | * Quota iscrizione Medico - Socio SIP/IRS (Società Italiana di Pneumologia) | € 1.100,00 |
| | Quota iscrizione Odontoiatra | € 500,00 |
| | * Quota iscrizione Odontoiatra - Socio SIMSO (Società Italiana Medicina del Sonno Odontoiatrica) | € 400,00 |
| | Quota iscrizione Tecnico di Neurofisiopatologia, Fisioterapista e Infermiere | € 400,00 |
| | * Quota iscrizione Tecnico di Neurofisiopatologia - Socio AITN (Associazione Italiana Tecnici di Neurofisiopatologia) | € 250,00 |
| | Pernottamento c/o Hilton Garden Inn Camera DUS trattamento BB IN 07/03- OUT 09/03 | € 250,00 |
| | TOTALE | |

L'iscrizione comprende:

Partecipazione al corso RES, kit congressuale, attestato ECM, n. 4 coffee breaks, n. 2 light lunches, n. 2 cene +:

- Per i medici, previo esito positivo dell'esame di fine corso, certificato di "Medico esperto nella gestione del soggetto OSAS"

- Per gli odontoiatri, tecnici di neurofisiopatologia, fisioterapisti e infermieri "Attestato di Alta formazione sull'OSAS"

* le tariffe scontate sono usufruibili nel solo caso il partecipante provveda personalmente alla propria iscrizione (sono escluse le sponsorizzazioni)

Modalità di Pagamento

Bonifico bancario intestato a:
SA.MA. Service & Congress
IBAN: IT 36H0306916503100000000861
Casuale: Iscrizione OSAS Lecce + "Nome Cognome"

Fatturazione

Intestazione.....
Indirizzo.....
Città.....Prov.....C.A.P.....
Telefono.....E-mail.....
Codice Fiscale/P.IVA.....

Data _____

Firma _____

* Legge 675/96, art. 11 sulla tutela dei dati personali:

ai sensi della legge suindicata, il sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione di comunicazioni a carattere informativo e organizzativo. Il sottoscritto potrà in ogni momento esercitare i propri diritti, come dell'art. 13, ed opporsi al trattamento dei propri dati custoditi presso la sede della ditta SA.MA. Service & Congress.

Data _____

Firma _____