

Scheda Iscrizione

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

DATI PERSONALI

Cognome Nome	<input type="text"/>		
Professione	<input type="text"/>	Disciplina	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>		
Città	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
		CAP	<input type="text"/>
Cellulare	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

DETTAGLI ISCRIZIONE

<input type="checkbox"/>	Quota iscrizione Medico Specialista e in formazione specialistica in Pneumologia (ultimi 2 anni)	€ 1.300,00 + IVA 22%
<input type="checkbox"/>	Quota iscrizione Medico socio Centro Studi SIP/IRS (Società Italiana di Pneumologia)	€ 1.000,00 + IVA 22%
<input type="checkbox"/>	Quota iscrizione Odontoiatra / Medico di Medicina Generale	€ 500,00 + IVA 22%
<input type="checkbox"/>	Quota iscrizione Odontoiatra socio SIMSO (Società Italiana Medicina del Sonno Odontoiatrica)	€ 400,00 + IVA 22%
<input type="checkbox"/>	Quota iscrizione Tecnico di Neurofisiopatologia / Fisioterapista / Infermiere	€ 400,00 + IVA 22%
<input type="checkbox"/>	Quota iscrizione Tecnico di Neurofisiopatologia socio AITN (Associazione Italiana Tecnici di Neurofisiopatologia)	€ 250,00 + IVA 22%
<input type="checkbox"/>	Pernottamento c/o Hotel Perla del Porto**** DUS in BB (IN /10 - OUT 9/10)	€ 220,00 + IVA 10%

L'iscrizione comprende:

- Partecipazione ai due incontri FAD sincroni ed alle tre giornate del corso RES
- Kit congressuale, attestato ECM, n. 4 coffee breaks, n. 2 light lunches, n. 2 cene
- Per i **medici specialisti / formazione specialistica in Pneumologia**, previo esito positivo dell'esame di fine corso, certificato di **"Medico esperto nella gestione del soggetto OSAS"**
- Per i **MMG / odontoiatri / tecnici di neurofisiopatologia / fisioterapisti / 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)

MODALITA' DI PAGAMENTO

Bonifico bancario intestato a: SA.MA. Service & Congress - IBAN: **IT36H0306916503100000000861**
Casuale: Iscrizione Corso OSAS 2021 + "Nome Cognome" + "Qualifica"

DATI FATTURAZIONE

Intestazione	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>		
Città	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
		CAP	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Cod. fiscale / P. IVA	<input type="text"/>	Cod. Dest.	<input type="text"/>

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 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.