

LE PROCEDURE
NEUROCHIRURGICHE
DI URGENZA
IN CHIRURGIA
CRANICA E SPINALE

Bologna, 7 Marzo 2014

Presidente
Franco Servadei

Con il patrocinio



SINCh
SOCIETÀ ITALIANA
NEUROCHIRURGIA

SALA GIOVE • ROYAL HOTEL CARLTON

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilare in stampatello e spedire unitamente al pagamento a:
My Meeting Srl – Via I Maggio 33/35- 40064 Ozzano dell'Emilia - Bologna
Tel. 051 796971 - Fax 051 795270 – info@mymeetingsrl.com

ISCRIZIONI ON-LINE www.mymeetingsrl.com

TERMINE ULTIMO PER LE ISCRIZIONI 27 FEBBRAIO 2014

Cognome _____

Nome _____

Istituto _____

Reparto _____

Ruolo _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

Indirizzo Privato _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. Priv. _____ Fax Priv. _____

Cellulare _____

DATI PER LA FATTURAZIONE (obbligatori da compilare sempre)

COGNOME NOME/RAGIONE SOCIALE: _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

Codice Fiscale o Partita IVA _____

Indirizzo e-mail per invio fattura digitale _____

RISERVATO ALLE ASL E AZIENDE OSPEDALIERE

Richiesta di esenzione IVA (art. 10 comma 20 D.P.R. 633/72)

Per poter usufruire della quota di iscrizione esente IVA è necessario barrare la casella sottostante e apporre il timbro dell'azienda a cui deve essere intestata la fattura. **La scheda priva di timbro non sarà ritenuta valida ai fini dell'esenzione dell'IVA.**

timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA:

ISCRIZIONE AL MEETING

Quota d'iscrizione regolare

IVA inclusa

€ 80,00

esente IVA

€ 65,57

Quota Specializzandi

IVA inclusa

€ 50,00

esente IVA

€ 40,98

MODALITA' DI PAGAMENTO

Carta di Credito VISA EUROCARD MASTERCARD

Carta numero _____ scadenza __/__/__ codice di sicurezza ____

Titolare della carta _____

Importo da prelevare € _____ Firma del titolare _____

Bonifico Bancario esente da spese bancarie (allegare ricevuta)

intestato a: My Meeting S.r.l., Banca CARISBO San Lazzaro

IBAN: IT13Y0638537070100000006418 Causale versamento - Incontro Chirurgia Cranica e Spinale Bologna 7 Marzo - cod. G4 e nome dell'iscritto.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n° 196 sulla privacy con riferimento all'informativa inserita nel programma del Congresso.

Data _____ Firma _____

Cod. G4