



SCHEDA DI ISCRIZIONE
Da compilare in stampatello e spedire entro il 05/03/2015 a:
My Meeting S.r.l. – Via I Maggio
 33/35 40064 Ozzano dell'Emilia (BO)
 Tel. 051 796971 - Fax 051 795270 e-mail
info@mymeetingsrl.com

VI edizione
CORSO TEORICO-PRATICO PER PERSONALE DI SALA OPERATORIA "NURSING ROUND"
CHIRURGIA VERTEBRALE MINI&MAXI INVASIVA
13-14 Marzo 2015 - Aula Campanacci - IOR, Bologna

RECAPITI OSPEDALIERI

Cognome _____ Nome _____
 Ospedale/Istituto _____
 Reparto _____ Ruolo _____
 Indirizzo _____
 CAP _____ Città _____ Prov. _____
 Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

RECAPITI PRIVATI

Indirizzo Privato _____
 CAP _____ Città _____ Prov. _____
 Tel. Priv. _____ Fax Priv. _____
 Cellulare _____ E-mail privato _____

DATI OBBLIGATORI (da compilare sempre)
Intestare fattura a: _____
 Indirizzo _____ CAP, Città, Prov. _____
 Codice Fiscale _____ Partita IVA _____
 Indirizzo e-mail per invio fattura _____
RISERVATO ALLE SOLE AZIENDE OSPEDALIERE
 Richiesta di esenzione IVA (art. 10 comma 20 D.P.R. 633/72)
 Gli Enti Pubblici che desiderino richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota d'iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne specifica richiesta barrando e apponendo il proprio timbro nello spazio di seguito riportato. Non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro.
 timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA: _____

QUOTA DI ISCRIZIONE: € 122,00 IVA inclusa € 100,00 IVA esente

INDICARE PROPRIA CATEGORIA PROFESSIONALE:
 (informazione da inserire per la suddivisione in gruppi per la sessione pratica)

INFERMIERE > Indicare proprio ruolo: Strumentista Tecnico della posizione
 Tecnico dell'anestesia Fuori tavolo
 Coordinatore Caposala Diurnista

FISIOTERAPISTA
 TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA
 OSS - OPERATORE SOCIO SANITARIO

RIEPILOGO PAGAMENTO: TOTALE QUOTA ISCRIZIONE € _____

• MODALITÀ' DI PAGAMENTO

Addebitare sulla mia **carta di credito** l'importo di €. _____
 VISA EUROCARD MASTERCARD

Carta n° _____ Scadenza ___ / __ _

Codice di sicurezza ___ _ (sul retro della carta) Intestatario _____

Allego copia di **bonifico bancario**, esente da spese bancarie, a favore di My Meeting S.r.l. presso CARISBO – Filiale San Lazzaro (BO) cod. IBAN IT 13 Y 06385 37070 10000006418 Causale di versamento "H9 – Corso Nursing Round, IOR Bologna più nome dell'iscritto".

Data _____ Firma _____
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 sulla privacy.