



**13° Corso Congiunto A.N.I.N.-SINch**  
**LA FORMAZIONE CONDIVISA IN NEUROCHIRURGIA: UN VALORE**  
**AGGIUNTO PER L'INTEGRAZIONE TRA I PROFESSIONISTI**  
**Palermo, 11 ottobre 2013**

Da compilare in stampatello e spedire **entro il 27/09/2013** 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](mailto:info@mymeetingsrl.com)

**S  
C  
H  
E  
D  
A  
  
D  
I  
  
I  
S  
C  
R  
I  
Z  
I  
O  
N  
E**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Ospedale/Istituto \_\_\_\_\_  
Reparto \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
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 o 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**     € 110,00 IVA inclusa     € 90,91 IVA esente

**Desidero partecipare al Workshop Medtronic**  
(Compreso nella quota d'iscrizione, riservato a N. 60 partecipanti)

**RIEPILOGO PAGAMENTO:**

QUOTA ISCRIZIONE                    € \_\_\_\_\_

**TOTALE**                                    € \_\_\_\_\_

**• 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 "F3 - Corso A.N.I.N.- SINch e nome dell'iscritto".

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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