



XXXIX Congresso Regionale NSoSOT - X Congresso OTODI Sardegna
"FRATTURE DELL'ARTO SUPERIORE IN ETA' EVOLUTIVA"

THotel, Cagliari - 12/13 ottobre 2018

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona. Si prega di compilare in stampatello e inviarla entro il 5 ottobre 2018 alla Segreteria Organizzativa:

Kassiopea Group Srl, via Stamira 10 - 09134 Cagliari o al numero di fax 070 656263 o via email a: domizianamessina@kassiopeagroup.com

- Socio NSoSOT (in regola con la quota di iscrizione) Non Socio
 Biologo Fisioterapista Infermiere Tecnico ortopedico Tecnico Sanitario di radiologia medica

Sig./Dr/Prof. _____

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Reparto _____ Disciplina _____

Tel. _____ Cell. _____

email _____

Indirizzo privato:

Via _____ n° _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

Indirizzo lavoro:

Ente _____

Via _____ n° _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

Tel. _____ Fax _____

QUOTE DI ISCRIZIONE

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Socio NSoSOT (in regola con la quota di iscrizione alla Società) | ISCRIZIONE GRATUITA |
| <input type="checkbox"/> Non Socio | € 50,00 IVA inclusa |
| <input type="checkbox"/> Biologo | € 30,00 IVA inclusa |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista | € 30,00 IVA inclusa |
| <input type="checkbox"/> Infermiere | € 30,00 IVA inclusa |
| <input type="checkbox"/> Tecnico ortopedico | € 30,00 IVA inclusa |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di radiologia medica | € 30,00 IVA inclusa |

Versa per iscrizione al Congresso € _____ IVA inclusa entro il 5 ottobre 2018 tramite:

- bonifico bancario intestato a Kassiopea Group srl

BNL – IBAN IT 34 L 01005 44100 0000 0000 3355

(causale: Cognome Nome; Iscrizione Congresso NSoSOT 2018 – allegare fotocopia del bonifico)

N.B. Non saranno accettati bonifici gravati da spese bancarie che devono essere totalmente a carico dell'ordinante.

PREADESIONE ALLA CENA SOCIALE DEL 12 OTTOBRE 2018– obbligatoria entro il 5 ottobre 2018

Partecipo alla Cena sociale del 12 ottobre (costo per persona €50,00 IVA inclusa) SI NO

Dati per la fatturazione (obbligatori)

Si prega osservare che, qualora il presente riquadro non fosse compilato, la fattura sarà intestata al partecipante

Intestazione fattura (Nome e Cognome/Ente) _____

Indirizzo Fiscale/Sede legale: Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____

Partita Iva (obbligatoria se esistente) _____

Trattamento dati Personali (Regolamento UE 679/2016)

Il sottoscritto _____ autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento

UE 679/2016 sulla privacy

Data _____ Firma _____