

NOME\* \_\_\_\_\_ COGNOME\* \_\_\_\_\_

NATO A\* \_\_\_\_\_ IL\* \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE\* \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO\* \_\_\_\_\_ E-MAIL\* \_\_\_\_\_

PROFESSIONE\*  infermiere  medico, specializzazione\* \_\_\_\_\_  
 dietista

OPERATIVITA' PROFESSIONALE\*:

libero professionista  dipendente  convenzionato  privo di occupazione

INDIRIZZO PRIVATO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI LAVORO \_\_\_\_\_

### Quota di adesione

La scheda di adesione debitamente compilata e copia della contabile del bonifico bancario devono essere spedite alla segreteria organizzativa **ENTRO IL 30 MARZO 2017**

CATEGORIA	QUOTE IVA ESCLUSA**	QUOTE IVA INCLUSA
Medici	€ 180,00	€ 219,60
Infermieri, Dietisti	€ 100,00	€ 122,00

#### \*\* Quote esenti da pagamento IVA

La quota di partecipazione sarà esente di IVA qualora venisse corrisposta da un ente pubblico (esente IVA ai sensi DPR n. 633/72 e successive modifiche). In questo caso la fatturazione dell'iscrizione stessa dovrà essere autorizzata per iscritto dall'ente. L'autorizzazione dovrà essere inviata unitamente alla scheda di iscrizione compilata in tutte le sue parti, inclusi i dati anagrafici fiscali dell'ente (ragione sociale, indirizzo, P. IVA).

### Pagamento

Le quote di adesioni devono essere interamente versate tramite bonifico bancario intestato a:

EMBI SERVICES snc di Ferrari M. e Pollini B.

Codice IBAN **IT 510 03268 60160 052443850131** (Banca Sella Spa),

indicando la causale: COGNOME e NOME iscritto + Nutrizione/Levico

### Cancellazione, rimborsi e sostituzioni

Le quote possono essere rimborsate con una detrazione del 20%, se la disdetta scritta giunge alla segreteria organizzativa entro il 30 marzo 2017. Nessun rimborso sarà garantito oltre tale data. Eventuali sostituzioni dovranno essere comunicate alla segreteria organizzativa. La sostituzione di un partecipante non comporta costi aggiuntivi.

**Si richiede fattura:**  Si  No

Indicare i dati completi per la fatturazione:

FATTURA DA INTESTARE A\*: \_\_\_\_\_

VIA\* \_\_\_\_\_ CAP\* \_\_\_\_\_ CITTÀ\* \_\_\_\_\_ PROV\* \_\_\_\_\_

P.IVA\* \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE\* \_\_\_\_\_

E-MAIL per invio fattura\*: \_\_\_\_\_

Richiesta esenzione IVA (allegare autorizzazione ente) :  Si  No

### Informativa

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 informiamo che i suoi dati personali saranno trattati su supporto cartaceo e/o informatico da Orikata per lo svolgimento della propria attività. Il titolare ed il responsabile del trattamento è Orikata. In qualsiasi momento potrà esercitare i relativi diritti fra cui consultare, modificare o cancellare i suoi dati personali scrivendo a: Orikata organizzazione congressi - Via R. Guardini 8 - 38121 TRENTO. Autorizzo il trattamento dei miei dati al fine della trasmissione degli stessi alla Commissione ECM così come previsto dal modulo di registrazione degli eventi e dei progetti formativi sanitari.

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