

Corso Teorico-Pratico Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria
Telese Terme (BN), 09 - 11 giugno 2010

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Tit _____ Professione * _____ Area Specialistica * _____

Cognome * _____ Nome * _____

Indirizzo⁽¹⁾ _____ CAP _____ Città _____

Tel.* _____ Fax _____ E-mail _____

Codice Fiscale * _____ Luogo di Nascita _____ Data di Nascita _____

Istituzione di Appartenenza⁽²⁾ _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____

* **Dati indispensabili per l'attribuzione dei crediti ECM. In mancanza di tali dati, per l'impossibilità di trasmissione al Ministero della Salute, i crediti ECM non potranno essere attribuiti.**

Desidero ricevere la corrispondenza e la certificazione dei crediti ECM presso: l'indirizzo (1) l'indirizzo (2)

QUOTE DI ISCRIZIONE (IVA INCLUSA)

€ 1.500,00+IVA

La quota di partecipazione include: la partecipazione alle sessioni scientifiche, il kit congressuale, l'attestato di partecipazione, la certificazione ECM, i coffee break, il soggiorno in camera singola per tre notti con pensione completa che inizierà con la cena del giorno 8 giugno e terminerà con il pranzo del giorno 11 giugno 2010

La partecipazione al Corso è a numero chiuso. Le richieste d'iscrizione, dovranno essere effettuate entro e non oltre il 30 aprile p.v. La segreteria darà conferma dell'iscrizione entro il 7 maggio p.v. La quota d'iscrizione dovrà essere saldata entro il 15 maggio p.v., pena la decadenza dall'ammissione.

L'ammissione al Corso sarà effettuata tenendo conto della data di invio della richiesta (farà fede il timbro postale, l'imprinting del fax, la ricevuta della email).

Il periodo di soggiorno prenotato è vincolante e non sono previsti rimborsi sia per arrivi ritardati che per partenze anticipate.

La camera potrà essere considerata confermata solo dopo il saldo della quota d'iscrizione. Per eventuali richieste di soggiorno successive al 15 maggio 2010, compatibilmente con la disponibilità, il pagamento dovrà essere effettuato esclusivamente con carta di credito e l'addebito dell'importo dell'intero soggiorno sarà dovuto contestualmente alla richiesta di prenotazione. In questo caso, con l'annullamento della prenotazione, non sarà previsto alcun rimborso.

SISTEMAZIONE ALBERGHIERA (presso il Grand Hotel Telese Terme, Via Cerreto, 1 - Telese BN)

Data di arrivo _____ Data di partenza _____ Totale notti _____ Tipo di sistemazione*: Singola

* In caso di diverse necessità si prega di contattare la Segreteria Organizzativa

Metodi di Pagamento

a) **Carta di credito:** American Express , MasterCard , Visa

Autorizzo la Center Comunicazione e Congressi srl ad addebitare la somma di Euro _____

sulla carta di credito n. I I I I I I I I I I I I I I I I I I *Codice CV2 I I I I I

scadente il _____ intestata a _____

indirizzo E/C _____ CAP _____ Città _____

data _____ Firma _____

* **Carta Si:** il codice di sicurezza (CV2) si trova sul retro della carta dove si appone la firma ed è composto da 3 cifre

American Express: il CV2 si trova in alto a destra sopra il numero della carta di credito, ed è composto da 4 cifre

b) **Assegno bancario/circolare** intestato alla Center Comunicazione e Congressi srl;

c) **Bonifico bancario** (al netto delle spese) in favore della Center Comunicazione e Congressi srl, c/o Banco di Napoli Ag. 92, Via S. Giacomo dei Capri 40, 80128 Napoli, Codice IBAN: IT 72 B 01010 03493 100000002769.

Dati Fiscali per l'intestazione della fattura

Intestare la fattura a _____ Indirizzo _____ CAP _____ Città _____

Cod. Fiscale / P. IVA _____ Data _____ Firma _____

Politiche di Cancellazione:

L'annullamento dell'iscrizione, comunicato con lettera raccomandata entro e non oltre il 09 maggio 2010 (farà fede il timbro postale), dà diritto al rimborso del 40% delle quote versate. Per disdette inviate oltre tale data o con modalità diverse non sarà effettuato alcun rimborso. I rimborsi saranno effettuati entro 60 giorni dalla fine del Corso.

Ai sensi del D. Lgs. N. 196/03 e successive modifiche ed integrazioni, il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dal punto 3.2 del vigente codice deontologico di Farmindustria, dà il proprio consenso a trasmettere al Comitato di controllo i propri dati.

Firma _____

Inviare il presente modulo alla Center Comunicazione e Congressi
per posta (Via Quagliariello, 27 - 80131 Napoli), per fax (081 19578071) o per email (info@centercongressi.com)