



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilare in stampatello e in modo leggibile e inviare alla  
Segreteria Organizzativa Kassiopea Group  
Via Mameli, 65 - 09124 Cagliari - Tel 070 651242 - Fax 070 656263  
e-mail [antonellamurru@kassiopeagroup.com](mailto:antonellamurru@kassiopeagroup.com)

- Medico-chirurgo
- Socio Simeup\*
- Infermiere professionale
- Infermiere pediatrico
- Specializzando\*

Il/la sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

C.f. \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

### Indirizzo (Privato)

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Pv \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

e-mail (obbligatorio) \_\_\_\_\_

### Indirizzo (Lavoro)

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Pv \_\_\_\_\_

Dipartimento/Istituto/Reparto \_\_\_\_\_

Disciplina \_\_\_\_\_

Chiede di poter partecipare al Convegno (barrare la casella corrispondente):

- Quota di iscrizione medici-chirurghi**  
euro 50,00 (iva 20%inclusa)
- Quota di iscrizione infermiere professionale/infermiere pediatrico**  
euro 25,00 (iva 20%inclusa)

\*Il Corso è gratuito per:

- i soci SIMEUP in regola con la quota associativa 2011 (pregasi allegare copia del versamento effettuato)
- gli specializzandi

È comunque obbligatorio l'invio della scheda di iscrizione.

### La quota di iscrizione include quanto segue:

- Partecipazione ai lavori scientifici
- Attestato di partecipazione
- Crediti formativi ECM
- Kit congressuale
- N. 1 coffe break
- N. 1 colazione di lavoro

### Riepilogo pagamenti

N. \_\_\_\_\_ quota/e di iscrizione euro \_\_\_\_\_

Totale pagamento euro \_\_\_\_\_

Il pagamento dovrà avvenire tramite bonifico bancario intestato a  
Kassiopea Group - Via Mameli, 65 - 09124 Cagliari

**Banco Di Sardegna - Agenzia Cagliari 12**

**IBAN IT60L0101504812 000000012260**

È obbligatorio inviare copia del bonifico bancario e indicare nella causale le seguenti informazioni:

Nome e cognome del partecipante, data e titolo del Convegno

### Dati per la fatturazione\*

Intestazione della fattura

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Pv \_\_\_\_\_

C.f. \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Partita Iva (obbligatoria se esistente) \_\_\_\_\_

### Modalità di cancellazione

Per le rinunce che perverranno in forma scritta alla Segreteria Organizzativa fino a 30 giorni prima dell'inizio del corso verrà rimborsato il 30% della quota di iscrizione. Dopo tale data non è previsto alcun rimborso. Inoltre non saranno rimborsate quote di iscrizione non usufruite per le quali non sia pervenuta la relativa rinuncia entro i termini stabiliti.

### Note

\* Agli enti pubblici che iscrivono i propri dipendenti è richiesto di trasmettere contestualmente all'invio della presente scheda la dichiarazione di esenzione IVA in base all'art. 14, comma 10, della legge 537/1993; in caso di omissione di tale documentazione, non sarà possibile modificare fatture già emesse.

### Legge 196/2003 sulla Privacy

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 sulla Privacy

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