SCHEDA DI ISCRIZIONE - 1° Meeting Interannuale CO.R.TE. - Varese, 27-28 febbraio 2009

La scheda di iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà essere inviata con copia dell'avvenuto pagamento, per posta, e-mail o fax alla Segreteria Organizzativa: *Jaka Congressi S.r.l. - Via della Balduina, 88 - 00136 ROMA - Tel. + 39 06 35.49.71.14 - Fax + 39 06 35.34.15.35 - corte@jaka.it*
Verranno considerati iscritti solo coloro che avranno provveduto al pagamento della quota di iscrizione. **Si prega di specificare nella causale del bonifico il riferimento a CO.R.TE., indicando nome e cognome del partecipante.** La Segreteria Organizzativa provvederà a dare conferma via fax o via mail dell'avvenuta registrazione.

DATI PERSONALI (si prega di scrivere in stampatello)

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo Privato _____
Città _____ CAP _____ Paese _____
Tel. _____ Fax _____
E-mail _____ Cell. _____
Codice fiscale (ai fini ECM) _____
Disciplina (ai fini ECM) _____
Professione (ai fini ECM) _____
Istituzione / Società _____
Indirizzo Ospedale / Società _____
Città _____ CAP _____ Paese _____

Se previsto, si prega di indicare Cognome e Nome dell'Accompagnatore:
Accompagnatore n. 1 (Cognome e Nome) _____

DATI FISCALI PER FATTURA (se diversi dai dati precedenti)

Intestare la fattura a _____
Indirizzo _____
Città/CAP/Paese _____
P.IVA/COD. FISCALE _____

Non verranno effettuate variazioni su fatture emesse.

QUOTE DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO (IVA 20% inclusa)

La quota d'iscrizione comprende: Partecipazione ai lavori, Kit congressuale, Attestato di partecipazione, Certificato con i crediti formativi, coffee break.

Categoria	Quota per i 2 gg. di Congresso		Quota giornaliera al Congresso	
	Fino al 12.01.09	On site	Fino al 12.01.09	On site
SOCI CO.R.TE.*				
☐ Medici	Euro 150,00	Euro 200,00	Euro 75,00	Euro 150,00
☐ Farmacisti	Euro 110,00	Euro 160,00	Euro 55,00	Euro 125,00
☐ Infermieri	Euro 80,00	Euro 130,00	Euro 40,00	Euro 90,00
☐ Professionisti Sanitari***	Euro 50,00	Euro 100,00	Euro 25,00	Euro 75,00
☐ Specializzandi**	Euro 50,00	Euro 100,00	Euro 25,00	Euro 75,00
NON SOCI CO.R.TE.				
☐ Medici	Euro 200,00	Euro 250,00	Euro 100,00	Euro 155,00
☐ Farmacisti	Euro 160,00	Euro 210,00	Euro 80,00	Euro 130,00
☐ Infermieri	Euro 130,00	Euro 180,00	Euro 65,00	Euro 115,00
☐ Professionisti Sanitari***	Euro 100,00	Euro 150,00	Euro 50,00	Euro 100,00
☐ Specializzandi**	Euro 100,00	Euro 150,00	Euro 50,00	Euro 100,00

TOTALE DA PAGARE: Euro _____

- *L'iscrizione a CO.R.TE. è gratuita. Per maggiori informazioni relative alle modalità di iscrizione è possibile consultare il sito www.corteitalia.org, contattare la D.ssa Cynthia Raffaelli - Segreteria CO.R.TE. allo 06 35497114 o inviare una mail di richiesta a corte@jaka.it.*

***Allegare certificato di iscrizione alla scuola di specializzazione per l'Anno Accademico 2008/2009*
****Fisioterapisti, logopedisti*

Per l'iscrizione farà fede il giorno di arrivo del presente modulo con relativo pagamento della quota.

La Segreteria Scientifica e la Segreteria Organizzativa si riservano il diritto di apportare al programma tutte le variazioni che si renderanno necessarie per ragioni tecniche, organizzative e/o scientifiche.

PAGAMENTO

☐ **Bonifico bancario** intestato a Jaka Congressi s.r.l. sul c/c 000004714280 "Unicredit Banca" - Viale Liegi, 18/D Roma - CIN Y - ABI 03002 - CAB 052830 - IBAN IT17Y0300205283000004714280 - SWIFT CODE BROMITR1N90
Le spese bancarie sono a carico del mittente. Il pagamento deve essere effettuato secondo le seguenti istruzioni: *"senza spese per il beneficiario"*, specificando il nome del Congresso (CORTE) ed il nome della persona per la quale il pagamento è effettuato. Si prega di allegare alla scheda una copia del bonifico bancario.
☐ **Assegno bancario** in EURO intestato alla Jaka Congressi s.r.l. da spedire **entro e non oltre il 9 febbraio 2009.**

☐ Prego addebitare sulla seguente **carta di credito**: ☐ ☐
Carta di credito nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Scadenza ☐☐ ☐☐
Security code ☐☐☐

Nome e Cognome dell'Intestatario _____

Firma leggibile dell'intestatario _____ *(La firma vale come autorizzazione al prelievo)*

Autorizzo la Jaka Congressi Srl – Via della Balduina 88 - Roma al trattamento dei dati da me comunicati esclusivamente ai fini dell'espletamento delle pratiche necessarie per la presente prenotazione alberghiera e per le relative pratiche amministrative.

Firma _____ Data _____

CANCELLAZIONI

Tutte le cancellazioni dovranno pervenire per iscritto alla Jaka Congressi e saranno soggette alle seguenti condizioni: entro il 15 gennaio 2009 sarà trattenuto a titolo di rimborso il 50%, per cancellazioni pervenute dopo non è previsto alcun rimborso. Tutti i rimborsi saranno effettuati dopo la chiusura del Congresso.
Con la firma apposta sulla presente scheda dichiaro di essere pienamente informato sulle modalità di registrazione e cancellazione

Firma per accettazione _____

Con la firma apposta sulla presente scheda, in piena conoscenza del D.Lgs. 196/2003 sul Trattamento dei Dati personali ed in particolare degli artt. 4, 13, 21, 23, 24, 27, 37, 43, 44, 45, 137 autorizzo la Jaka Congressi Sr,l sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali nei limiti della predetta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____ Firma _____

Consenso alla comunicazione dei dati
Non desidero che i miei dati personali vengano comunicati a terzi, fermo restando che gli stessi verranno comunicati alle Società che gestiscono i corsi per l'emissione della ricevuta relativa all'iscrizione, nonché agli alberghi nel caso in cui sia richiesta prenotazione alberghiera.

Data _____ Firma _____

SCHEDA DI ISCRIZIONE - 1° Meeting Interannuale CO.R.TE. - Varese, 27-28 febbraio 2009

DATI PERSONALI (si prega di scrivere in stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo Privato _____

Città _____ CAP _____ Paese _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ Cell. _____

Codice fiscale (ai fini ECM) _____

Disciplina (ai fini ECM) _____

Professione (ai fini ECM) _____

Istituzione / Società _____

Indirizzo Ospedale / Società _____

Città _____ CAP _____ Paese _____

Se previsto, si prega di indicare Cognome e Nome dell'Accompagnatore:
Accompagnatore n. 1 (Cognome e Nome) _____

DATI FISCALI PER FATTURA (se diversi dai dati precedenti)

Intestare la fattura a _____

Indirizzo _____

Città/CAP/Paese _____

P.IVA/COD. FISCALE _____

Non verranno effettuate variazioni su fatture emesse.

QUOTE DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO (IVA 20% inclusa)
La quota d'iscrizione comprende: Partecipazione ai lavori, Kit congressuale, Attestato di partecipazione, Certificato con i crediti formativi.

Categoria	Quota per i 2 gg. di Congresso		Quota giornaliera al Congresso	
	Fino al 12.01.09	On site	Fino al 12.01.09	On site
SOCI CO.R.TE.*				
☐ Medici	Euro 150,00	Euro 200,00	Euro 75,00	Euro 150,00
☐ Farmacisti	Euro 110,00	Euro 160,00	Euro 55,00	Euro 125,00
☐ Infermieri	Euro 80,00	Euro 130,00	Euro 40,00	Euro 90,00
☐ Professionisti Sanitari***	Euro 50,00	Euro 100,00	Euro 25,00	Euro 75,00
☐ Specializzandi**	Euro 50,00	Euro 100,00	Euro 25,00	Euro 75,00
NON SOCI CO.R.TE.				
☐ Medici	Euro 200,00	Euro 250,00	Euro 100,00	Euro 155,00
☐ Farmacisti	Euro 160,00	Euro 210,00	Euro 80,00	Euro 130,00
☐ Infermieri	Euro 130,00	Euro 180,00	Euro 65,00	Euro 115,00
☐ Professionisti Sanitari***	Euro 100,00	Euro 150,00	Euro 50,00	Euro 100,00
☐ Specializzandi**	Euro 100,00	Euro 150,00	Euro 50,00	Euro 100,00

TOTALE DA PAGARE: Euro _____

- *L'iscrizione a CO.R.TE. è gratuita. Per maggiori informazioni relative alle modalità di iscrizione è possibile consultare il sito www.corteitalia.org, contattare la D.ssa Cynthia Raffaelli - Segreteria CO.R.TE. allo 06 35497114 o inviare una mail di richiesta a corte@jaka.it.*

***Allegare certificato di iscrizione alla scuola di specializzazione per l'Anno Accademico 2008/2009*
****Fisioterapisti, logopedisti*

Per l'iscrizione farà fede il giorno di arrivo del presente modulo con relativo pagamento della quota.

La Segreteria Scientifica e la Segreteria Organizzativa si riservano il diritto di apportare al programma tutte le variazioni che si renderanno necessarie per ragioni tecniche, organizzative e/o scientifiche.

PAGAMENTO

☐ **Bonifico bancario** intestato a Jaka Congressi s.r.l. sul c/c 000004714280 "Unicredit Banca" - Viale Liegi, 18/D Roma - CIN Y - ABI 03002 - CAB 052830 - IBAN IT17Y0300205283000004714280 - SWIFT CODE BROMITR1N90
Le spese bancarie sono a carico del mittente. Il pagamento deve essere effettuato secondo le seguenti istruzioni: *"senza spese per il beneficiario"*, specificando il nome del Congresso (CORTE) ed il nome della persona per la quale il pagamento è effettuato. Si prega di allegare alla scheda una copia del bonifico bancario.

☐ **Assegno bancario** in EURO intestato alla Jaka Congressi s.r.l. da spedire **entro e non oltre il 9 febbraio 2009.**

☐ Prego addebitare sulla seguente **carta di credito**: ☐ ☐

Carta di credito nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Scadenza ☐☐ ☐☐

Security code ☐☐☐

Nome e Cognome dell'Intestatario _____

Firma leggibile dell'intestatario _____ *(La firma vale come autorizzazione al prelievo)*

Autorizzo la Jaka Congressi Srl – Via della Balduina 88 - Roma al trattamento dei dati da me comunicati esclusivamente ai fini dell'espletamento delle pratiche necessarie per la presente prenotazione alberghiera e per le relative pratiche amministrative.

Firma _____ Data _____

CANCELLAZIONI
Tutte le cancellazioni dovranno pervenire per iscritto alla Jaka Congressi e saranno soggette alle seguenti condizioni: entro il 15 gennaio 2009 sarà trattenuto a titolo di rimborso il 50%, per cancellazioni pervenute dopo non è previsto alcun rimborso. Tutti i rimborsi saranno effettuati dopo la chiusura del Congresso.
Con la firma apposta sulla presente scheda dichiaro di essere pienamente informato sulle modalità di registrazione e cancellazione

Firma per accettazione _____

Con la firma apposta sulla presente scheda, in piena conoscenza del D.Lgs. 196/2003 sul Trattamento dei Dati personali ed in particolare degli artt. 4, 13, 21, 23, 24, 27, 37, 43, 44, 45, 137 autorizzo la Jaka Congressi Sr,l sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali nei limiti della predetta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____ Firma _____

Consenso alla comunicazione dei dati
Non desidero che i miei dati personali vengano comunicati a terzi, fermo restando che gli stessi verranno comunicati alle Società che gestiscono i corsi per l'emissione della ricevuta relativa all'iscrizione, nonché agli alberghi nel caso in cui sia richiesta prenotazione alberghiera.

Data _____ Firma _____