

SCHEDA di ISCRIZIONE

Da inviare **entro sabato 06 aprile 2019** via fax al n. **031 751525** o via e-mail gitic@expopoint.it a Segreteria Organizzativa
EXPOPOINT – Via Matteotti 3 – Mariano Comense (CO) – tel 031 748814

Allegare copia del pagamento. Le schede non accompagnate dalla copia dell'avvenuto pagamento non saranno ritenute valide.

Cognome	INTESTAZIONE FATTURA (da compilare obbligatoriamente se i dati della fattura sono diversi da quelli personali) <input checked="" type="checkbox"/>		
Nome	Azienda/Ente/Ospedale		
Indirizzo	Partita IVA		
CAP	Città	Prov.	Specificare se esente IVA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Tel.	e-mail		Indirizzo
Cod. fiscale (obbligatorio)	Qualifica		CAP
			Città
			Prov
<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Libero Professionista	Persona di riferimento		
U.O./Servizio	Tel. U.O.		Tel
			e-mail
Ente di appartenenza	Dati obbligatori per fattura elettronica:		
<input type="checkbox"/> Casa di cura <input type="checkbox"/> Azienda Ospedaliera <input type="checkbox"/> ASL/ATS <input type="checkbox"/> Altro	Codice SDI o PEC _____		
Indirizzo	CIG e/o CUP ove previsto _____		
CAP	Città	Prov	Codice Fiscale (se privato non titolare di P.IVA)

In caso di fatturazione ASL/ATS/Ente PA è obbligatorio allegare copia dell'autorizzazione rilasciata dalla ASL/ATS/Ente PA. In assenza di autorizzazione scritta l'iscrizione non sarà ritenuta valida e sarà necessario il pagamento individuale della quota di partecipazione includendo la quota di IVA.

Iscrizione Corso

- Iscritti G.IT.I.C., STUDENTI Euro 10,00 + IVA (Euro 12,20)
 Infermieri NON iscritti G.IT.I.C.; Fisioterapisti, Medici..... Euro 35,00 + IVA (Euro 42,70)
 se iscritti al D.A.S. (wound care Simulation in cardiovascular nursing) del 13/04/2019 Iscrizione gratuita

La quota d'iscrizione comprende kit congressuale, attestato di partecipazione, attestato di assegnazione dei crediti formativi E.C.M. (inviato a posteriori previa verifica del questionario di apprendimento)

Gli annullamenti devono essere comunicati alla Segreteria Organizzativa. Sarà rimborsato il 50% della quota versata per rinunce pervenute entro il **06/04/2019** mentre nessun rimborso sarà accordato per rinunce pervenute dopo tale data.

I rimborsi saranno effettuati dopo la fine del Corso. In caso di impossibilità a partecipare la quota di iscrizione non sarà rimborsata. Da **LUNEDÌ 08 Aprile 2019** verificare la disponibilità di posti contattando telefonicamente la segreteria organizzativa al 031 748814.

Allego copia dell'avvenuto pagamento della quota di partecipazione effettuato tramite:

- bonifico bancario a favore di EXPO POINT sas c/c n. 3265 ABI 05696 - CAB 51090 - cin P - Banca Popolare di Sondrio agenzia di Carimate – CO, IBAN IT66P056965109000003265X58
 carta di credito - circuito CartaSi, VISA, Eurocard, Mastercard (per il pagamento con carte di credito sarà addebitata una commissione del 3,5% sull'importo dovuto).

Il nome del partecipante e la causale (**iscrizione La gestione delle lesioni in ambito cardiovascolare 2.0. Le ferite chirurgiche - 2019**) devono essere chiaramente indicati sul trasferimento bancario o postale.

Informativa sulla privacy

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è GITIC. I dati saranno trattati per dare riscontro alle richieste dell'interessato, gestire la partecipazione dell'interessato alle attività svolte dal Titolare, dare esecuzione ad obblighi di legge. I dati saranno utilizzati a fini promozionali attraverso l'invio di Newsletter e comunicazioni relative ad altre iniziative nell'ambito ECM e formativo. Gitic garantisce la massima riservatezza dei dati forniti e la possibilità di richiedere la rettifica o la cancellazione scrivendo al Responsabile Dati di Gitic all'indirizzo gitic@expopoint.it. Informativa completa sul sito www.gitic.it

Data ____ / ____ /201__

Firma _____