



SCHEDA DI ISCRIZIONE

DA INVIARE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA ENTRO IL ...18 FEBBRAIO 2010.....

Inserire titolo e data corso	IL TECNICO DI RADIOLOGIA IN SALA OPERATORIA	4-5-6-MARZO 2010
------------------------------	---	------------------

NOME COGNOME

PROFESSIONE / FUNZIONE

C.F. (obbligatorio)

Indirizzo Città Prov. Cap

Tel. Fax e-mail P. IVA

Data Firma _____

*Per **Liberi professionisti**, Enti pubblici, Enti privati, Ditte che pagano per i propri dipendenti la quota d'iscrizione al corso:*

CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DATO DA (*specificare l'Ente/Ditta*):

Funzione: C.F. (obbligatorio)

Ragione Sociale : P. IVA (obbligatorio)

Indirizzo Città Prov. Cap

Tel. Fax e-mail

Timbro Firma _____

MODALITA' DI PAGAMENTO:

A mezzo di **bonifico bancario** sul C/C 000002849729 intestato agli Istituti Ortopedici Rizzoli (II.OO.RR.) – Tesoreria UNICREDIT BANCA SPA, Agenzia Bologna, Via Pupilli 1, 40136 Bologna, cod. IBAN **IT 46V 02008 02468 000002849729**, specificando la causale di pagamento (Titolo del corso) ed i dati identificativi dell'intestatario (completo di C.F.).

Per Enti pubblici o privati, o per Ditte che sostengono la spesa di iscrizione di dipendenti autorizzati dall'ente di appartenenza la quota di iscrizione è non è assoggettata ad IVA ai sensi del DPR 633/72 art. 10, n. 20 e succ. modifiche, trattandosi di corso accreditato ECM.

Per persone fisiche che pagano in proprio, la quota di iscrizione non è assoggettata ad IVA ai sensi del DPR 633/72 art. 10, n. 20 e succ. modifiche, trattandosi di corso accreditato ECM.

MODALITÀ DI DISDETTA E RIMBORSO:

L'eventuale disdetta di partecipazione all'evento dovrà essere comunicata in forma scritta alla segreteria organizzativa entro e non oltre il 10° giorno lavorativo precedente la data di inizio dell'evento. Trascorso tale termine sarà inevitabile l'addebito della intera quota di iscrizione. E' possibile inviare, in sostituzione, un collega di lavoro purchè il nominativo venga comunicato via fax almeno un giorno prima della data dell'evento.

Per circostanze imprevedibili gli II.OO.RR. si riservano il diritto di modificare il programma, i relatori, la sede dell'evento.

TUTELA DATI PERSONALI – INFORMATIVA

Si informa il Partecipante, ai sensi del D.Lgs.196/03: (1) che i propri dati personali riportati sulla scheda di iscrizione (Dati saranno trattati in forma automatizzata dagli II.OO.RR. per l'adempimento di ogni onere relativo alla sua partecipazione all'evento; (2) il conferimento dei Dati è facoltativo: il partecipante ha diritto di opporsi al trattamento sopra previsto. In tale caso, tuttavia, non sarà possibile dare corso al servizio. Titolare del trattamento sono gli Istituti Ortopedici Rizzoli, via di Barbiano 1/10 Bologna, nei cui confronti il Partecipante potrà esercitare i diritti di cui al D.Lgs.196/03 accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, indicazione delle finalità del trattamento), ovvero rivolgendosi al Responsabile del trattamento. La comunicazione potrà pervenire via e-mail: settore.formazione@ior.it o via fax : 051/6446622

Per conferma disponibilità posti contattare

Responsabile Organizzazione / Segreteria Organizzativa
davide.diolaiti@ior.it tel. 0516366347 / 0516366434
3384689784

inviare presente scheda, fotocopia bonifico via e-mail
davide.diolaiti@ior.it o via fax 0516366280

**SI ALLEGA COPIA DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO della quota di iscrizione al corso di
€ 130 (+ € 1,81 per spese di bollo)**

NOTA PER L'ORGANIZZATORE: le spese di bollo (€ 1,81) si applicano per quote di iscrizione superiori a 50 euro

N.B. : Il presente modulo compilato, firmato ed inviato alla segreteria organizzativa, entro i termini previsti, conferma l'adesione del partecipante al corso in oggetto.