CONVEGNO

La complessità dei percorsi interdisciplinari nelle malattie croniche: gestione integrata e aspetti nutrizionali

Modena, Venerdì 30 ottobre 2015
UNA Hotel Modena

SCHEDA DI ISCRIZIONE

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO e di inviare entro il 15/10/2015 a:
COGEST M. & C. - Fax: 045 597265 - E-mail: cogest@cogest.info
IMPORTANTE: barrare la casella corrispondente

Quota di Iscrizione (IVA inclusa)		
❑	Dipendente AUSL Modena	GRATUITO
❑	Dietista Socio ANDID	€ 50,00 (€ 40,98 + IVA 22%)
❑	Dietista non Socio ANDID, Infermiere	€ 80,00 (€ 65,57 + IVA 22%)
❑	Medico, Psicologo	€ 100,00 (€ 81,97 + IVA 22%)

Nome ..... Cognome .....

Qualifica Professionale..... N° Iscrizione Ordine/Collegio/Associazione .....

Reparto/Divisione..... Ospedale/Università .....

Via .....

Cap ..... Città ..... Prov.....

Tel. Uff. ..... Fax.....

Cell. ..... E-mail .....

Cod. Fisc. (obbligatorio) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

INTESTAZIONE FATTURA (obbligatorio):

Nome e Cognome/Ragione sociale .....

Via .....

Cap ..... Città ..... Prov.....

Cod. Fisc. (obbligatorio) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

P.IVA. (obbligatorio se in possesso) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Riservato ai Dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni
Per poter ricevere fattura elettronica intestata ad un Ente Pubblico ed emessa con il metodo **SPLIT PAYMENT (addebito dell'IVA in fattura alla P.A.)** dovranno essere fornite obbligatoriamente le seguenti informazioni:
- richiesta specifica con i dati fiscali dell'Ente e dati del referente amministrativo della pratica (telefono ed E-mail)
- il codice univoco PA (Identificazione Pubbl. Ammin.) di 6 caratteri alfanumerici attribuito ad ogni singola unità organizzativa (UO)
- ogni altra eventuale informazione che l'Ente stesso ritenga necessaria ed opportuna per facilitare l'identificazione del pagamento del servizio come da norma della fatturazione elettronica

Per poter usufruire invece dell'**esenzione IVA ai sensi dell'art. 10 del DPR 633/72 come modificato dall'art. 14, comma 10 della legge 24 dicembre 1993 n. 537**, dovranno essere inviate, unitamente alla scheda di iscrizione:
- richiesta specifica con i dati fiscali dell'Ente e dati del referente amministrativo della pratica (telefono ed E-mail)
- dichiarazione scritta (contenente tutti i dati fiscali dell'Ente, oltre al codice univoco PA) in cui si specifichi che il dipendente (indicare nome e cognome) per cui viene richiesta l'iscrizione è autorizzato a frequentare l'evento per aggiornamento professionale
- ogni altra eventuale informazione che l'Ente stesso ritenga necessaria ed opportuna per facilitare l'identificazione del pagamento del servizio come da norma della fatturazione elettronica.

Qualora l'Ente pubblico (ASL, Azienda Ospedaliera, ecc...) non fosse in grado di effettuare il pagamento entro la data d'inizio del Convegno, la quota dovrà essere anticipata dal partecipante.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

❑ ASSEGNO BANCARIO non trasferibile intestato a COGEST M. & C. srl, da inviare unitamente alla scheda di iscrizione a:
COGEST M. & C., Vicolo San Silvestro 6, 37122 Verona

❑ BONIFICO intestato a:
COGEST M. & C. srl su c/c 000005233961 c/o UNICREDIT Ag. P.za Bra 26/e Verona; ABI: 02008; CAB: 11705 CIN: H; IBAN IT49H0200811705000005233961, specificando il titolo del Convegno il nome e il cognome della persona per cui si effettua il bonifico ed inviando via fax a COGEST M. & C., al numero 045 597265, copia della contabile attestante l'avvenuto pagamento unitamente alla scheda di iscrizione

❑ CARTA DI CREDITO: ❑ VISA ❑ DINERS ❑ AMERICAN EXPRESS ❑ MASTERCARD/EUROCARD

Numero della carta di credito ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data di Scadenza ☐☐/☐☐ Numero CVV ☐☐☐ (riportare i 3 numeri stampati sul retro della carta: non serve indicare il CVV se la carta di credito è DINERS)

Cognome e Nome del titolare della carta di credito.....

Autorizzo COGEST M. & C. al prelievo di € ..... Data ...../...../..... Firma .....

PRIVACY

❑ Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti. **NB: In assenza di tale autorizzazione non potremo effettuare l'iscrizione.**

Data ..... Firma .....

❑ Autorizzo il trattamento dei miei dati anagrafici per l'invio di materiale informativo sugli eventi formativi ECM e congressuali organizzati da Cogest M. & C. Cogest M. & C. dichiara che i dati non verranno trasmessi a terzi.

Data ..... Firma .....

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali - PRIVACY).
I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al Convegno per l'erogazione dei servizi connessi (Crediti ECM). L'autorizzazione al trattamento dei Vostri dati è obbligatoria e, in sua assenza, non ci sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione al Convegno. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003. I dati verranno comunicati esclusivamente agli Enti preposti per l'espletamento della pratica ECM. Non verranno comunicati ad alcuna società commerciale. Titolare e Responsabile del trattamento è Cogest M. & C. srl, Vicolo San Silvestro, 6 - 37122 Verona.