

IX° CONGRESSO NAZIONALE

A.I.O.S.O.

Savona 29-30 Aprile 2011

SCHEDE DI ISCRIZIONE

Da inviare compilata a CB GROUP CONGRESS – Via Martinengo 18 – 25060 Collebeato (Brescia)

Tel. 3405731523 (Organizzazione) – 3331433605 (Amministrazione) Fax 0302510568

e-mail : info@cbcongressi.it - segreteria@cbcongressi.it

Dati personali indispensabili ai fini dell'assegnazione dei crediti ECM

NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

QUALIFICA _____

INDIRIZZO PER RECAPITO ATTESTATO ECM _____ N° _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TELEFONO _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL _____

AZIENDA OSPEDALIERA _____

UNITA' OPERATIVA _____

INDIRIZZO _____ N° _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TELEFONO _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO _____ N° _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

COD. FISC. o P. IVA _____ PERSONA DI RIFERIMENTO _____

TELEFONO _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL _____

QUOTA DI ISCRIZIONE IVA ESCLUSA (20%)

	<i>Prima del 15.03.2011</i>	<i>Dopo il 15.03.2011</i>	<i>In Sede Congressuale</i>
Soci AIOSO	€ 100 (€ 120 IVA Inclusa)	€ 150 (€ 180 IVA Inclusa)	€ 300 (€ 360 IVA Inclusa)
Non Soci AIOSO	€ 200 (€ 240 IVA Inclusa)	€ 300 (€ 360 IVA Inclusa)	€ 600 (€ 720 IVA Inclusa)

Enti pubblici il pagamento deve essere effettuato senza IVA

Persona fisica e Aziende il pagamento deve essere effettuato con IVA

MODALITA' DI PAGAMENTO

⑦ Bonifico Bancario a favore di CB GROUPCONGRESS

Coordinate Bancarie

Banca Popolare di Sondrio (Ag. Collebeato) - ABI 05696 – CAB 54370 – C.C. 2132 – CIN H

BBAN: IT 58 H 05696 54370 000002132X59 (Italia)

Nella causale indicare chiaramente il nome dell'iscritto e "ISCRIZIONE - IX° Congresso Nazionale AIOSO"

Data _____ Firma _____

PRIVACY: Informativa ex art. 10 L. 675/1996

Ai sensi della Legge 675/1996 i dati e le informazioni da Lei fornite sono utilizzati solo con modalità e procedimenti strettamente necessari per fornirLe i servizi inerenti la nostra attività, anche quando li comunichiamo, per il medesimo fine a soggetti che collaborano con noi limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società. Senza i Suoi dati non potremmo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte. Potrà accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 13 della Legge (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento nella persona del Legale Rappresentante della Società.

IX° CONGRESSO NAZIONALE

A.I.O.S.O.

Savona 29-30 Aprile 2011

SCHEDA PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Da inviare compilata a CB GROUP CONGRESS – Via Martinengo 18 – 25060 Collebeato (Brescia)

Tel. 3405731523 (Organizzazione) – 3331433605 (Amministrazione) Fax 0302510568

e-mail : info@cbcongressi.it - segreteria@cbcongressi.it

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____

QUALIFICA _____

INDIRIZZO _____ N° _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TELEFONO _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL _____

Tipo di camera	Mare Hotel Vista Mare ****	Mare Hotel Vista Mare ****	NH Savona Darsena	Hotel Mirò ***
Doppia Uso Singolo	€ 70,00	€ 90,00	€ 115,00	€ 65,00
Doppia	€ 110,00	€ 140,00	€ 145,00	€ 75,00
Matrimoniale	€ 110,00	€ 140,00	€ 145,00	€ 75,00
Tripla	€ 120,00	€ 150,00	€	€ 90,00

DATA ARRIVO _____ DATA PARTENZA _____

Nominativo Clienti _____

Camera Doppia uso Singolo _____ HOTEL _____ € x n _____ notti = _____

Camera Doppia _____ HOTEL _____ € x n _____ notti = _____

Camera Matrimoniale _____ HOTEL _____ € x n _____ notti = _____

Camera Tripla _____ HOTEL _____ € x n _____ notti = _____

+ Spese di prenotazione = €
20

Totale per il soggiorno = _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO _____ N° _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

COD. FISC. o P. IVA _____ PERSONA DI RIFERIMENTO _____

TELEFONO _____ FAX _____

E-MAIL _____ CELL. _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

⑦ Bonifico Bancario a favore di CB GROUPCONGRESS

Coordinate Bancarie

Banca Popolare di Sondrio (Ag. Collebeato) - ABI 05696 - CAB 54370 - C.C. 2132 - CIN H
BBAN: IT 58 H 05696 54370 000002132X59 (Italia)

Nella causale indicare chiaramente il nome dell'iscritto e "HOTEL - IX° Congresso Nazionale AIOSO"

La presente scheda di prenotazione, debitamente compilata, dovrà essere inviata alla Segreteria Organizzativa entro il 27 Aprile 2011.

Eventuali richieste pervenute dopo tale data verranno evase soltanto in base alla disponibilità.

La prenotazione sarà ritenuta valida e verrà effettuata solo se la presente scheda risulterà accompagnata dalla relativa ricevuta di pagamento.

PENALITÀ E CANCELLAZIONI. Per cancellazioni pervenute per iscritto dopo il 27 Aprile 2011 verrà addebitato l'importo corrispondente ad un pernottamento.

Data _____ Firma _____

Le tariffe sono comprensive di pernottamento, prima colazione e tasse e sono espresse per camera a notte.

ASSOCIAZIONE ITALIANA OPERATORI SANITARI OTORINOLARINGOIATRIA (INFERMIERI e TECNICI) (A.I.O.S.O.)

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/a Sottoscritto/a _____ C.F. _____
Nato/a il _____ a _____ Provincia _____
Residente in Via _____ N° _____
Comune _____ Provincia _____
C.A.P. _____ Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ Indirizzo e-mail _____

IN SERVIZIO PRESSO

Azienda Ospedaliera _____
Via/P.za/C.so _____ N° _____
Comune _____ Provincia _____
C.A.P. _____ Telefono _____ Fax _____
U.O. ORL. Degenza Sala Operatoria Tecnico
Abilitato alle Funzioni Direttive SI NO
Altre specializzazioni _____

CHIEDE

di essere iscritto alla A.I.O.S.O. (Associazione Italiana Operatori Sanitari Otorinolaringoiatria).

L'accettazione della domanda è subordinata al prestare servizio presso l'Unità Operativa di ORL..

DATA _____ FIRMA _____

N.B.: Si prega di scrivere a macchina o in stampatello e di includere tutti i dati richiesti in modo chiaro e leggibile.

AGLI ISCRITTI PER GARANTIRE LA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 10 della Legge 675/96 si comunica agli iscritti che i dati da loro forniti all'atto dell'iscrizione saranno contenuti in un archivio informatizzato idoneo a garantire la sicurezza e la riservatezza. Tali dati saranno utilizzati, salvo divieto espresso per iscritto dagli interessati, oltreché per rispetto delle norme contrattuali d'iscrizione, per le attività istituzionali ivi comprese la comunicazione, l'informazione e la promozione, nonché gli obblighi di legge.

Quote: Iscrizione

Euro 40

Si prega di accompagnare il modulo di iscrizione con la copia del bonifico di Euro 40, per l'anno in corso causale Nuovo Socio Anno 2011 ed inviarla al seguente indirizzo:

A.I.O.S.O. Via Martinengo N° 18 CAP. 25060 Collebeato (Brescia) oppure tramite FAX al seguente numero 0302510568

Il versamento del Bonifico deve essere effettuato con la seguente intestazione:

A.I.O.S.O. Associazione Italiana Operatori Sanitari Otorinolaringoiatria

Coordinate Bancarie : Banco di Brescia ABI-3500

CAB-11224

C.C.-75378

IBAN – IT57E035001122400000075378

CIN - E