

SCHEDA ISCRIZIONE
**13° CORSO REGIONALE DI TERAPIA DEL DOLORE
 IL DOLORE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO**
Sabato 22 Giugno 2019 Thotel Cagliari

Modello 02 AIMOS
 Revisione del
 07/01/2016

inviare via mail a posta@aservicestudio.eu (Compilare in stampatello o dattiloscivere)

Dati Personali:	Cognome _____ Nome _____
	Indirizzo _____ Cap _____ Città _____
	cell _____ e-mail _____ C.F. _____
	Professione _____ Disciplina (specificare per crediti ecm) _____
	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Farmacista <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Fisioterapista <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Specializzando Sede di lavoro / Ospedale _____ città _____ in qualità di: <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Altro _____
(I suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi Regolamento Europeo 2016/679 ex D.LGS. del 30-06- 2003, n° 196)	

1. Quota d'iscrizione	entro il 15/06/2019	oltre il 15/06/2019 previa disponibilità
<input type="checkbox"/> MEDICI, FARMACISTI, INFERMIERI, ALTRI (con ECM) in regola con quota associativa INSIEME CONTRO IL DOLORE 2019 (quota annuale 20,00 €) (vedi nota)	Gratuita	50,00 €
<input type="checkbox"/> per tutti i non soci INSIEME CONTRO IL DOLORE (con/senza ECM)	100,00 €	120,00 €
<input type="checkbox"/> per Specializzandi e Studenti (senza ecm) max n° 30 partecipanti	Iscrizione gratuita con pre-iscrizione	
2. Altri servizi	entro il 15/06/2019	oltre il 15/06/2019 previa disponibilità
<input type="checkbox"/> Prenotazione lunch del 22 Giu	30,00 €	35,00 €
TOTALE 1 + 2 (tutti gli importi sono iva inclusa)	_____,____ €	

SI Desidero iscrivermi all'Ass. **INSIEME CONTRO IL DOLORE onlus** e quindi poter accedere gratuitamente all'evento del 22giu. Mi impegno a pagare la quota associativa in sede corsuale dietro il rilascio della ricevuta.

NO Desidero iscrivermi al corso pagando la quota di iscrizione e ricevere la fattura elettronica

X La/il sottoscritta/o dichiara di NON essere stato invitato da Aziende Sponsor oppure La/il sottoscritta/o dichiara di essere edotto che i crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento sono acquisibili mediante reclutamento diretto entro il limite massimo di 1/3, e segnala che per questo percorso formativo è stato invitato dalla seguente Azienda Sponsor. Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara che non vi sono impedimenti da parte del proprio ente di appartenenza alla partecipazione dell'evento di cui sopra e che ciò non è in conflitto con i propri doveri d'ufficio ed orari di lavoro. Aservice studio Srl è da me interamente manlevata a detto riguardo. (I suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi Regolamento Europeo 2016/679 ex D.LGS. del 30-06- 2003, n° 196) Si autorizza espressamente Aservice a trattare le informazioni raccolte e inserite nella propria banca dati, nonché l'utilizzo delle stesse per finalità legate all'attività esercitata. Con la presente autorizzo AIMOS Provider Nazionale Standard - in qualità di soggetto promotore dell'attività in sinergia con Aservice Studio srl (www.aservicestudio.com) - in qualità di soggetto esecutore dei servizi - ad inserire i miei dati nella MAIL LIST dedicata all'informazione e promozione dei prossimi eventi.

DATA ____/____/ 2019

FIRMA _____

(per conferma di quanto espresso sopra e in nota)

NB per l'iscrizione inviare solo la prima pagina. Aggiungere la seconda pagina solo in caso di adesione con quota di iscrizione e richiesta della fattura elettronica.

DETTAGLI ORGANIZZATIVI

In caso di richiesta fattura

Dati di fatturazione (solo se è richiesta la fattura): Nome / Azienda _____

indirizzo _____ Cap _____ Città _____

P.IVA _____ e Codice Fiscale _____

Posta certificata PEC _____ oppure codice destinatario _____

ISCRIZIONE

La scheda di iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire per posta elettronica a **posta@aservicestudio.eu** alla Segreteria Organizzativa: Aservice Studio Srl Via Machiavelli 136, Cagliari, tel/fax 070/42939 Orari ufficio (Lun-Gio orario 9-12).

L'ASERVICE STUDIO srl provvederà a registrare l'iscrizione al corso. L'iscrizione include: il Kit congressuale, i Coffee Break se previsti , l'Attestato di partecipazione con crediti ecm (categoria Sanità), l'Attestato di partecipazione senza crediti. Non è' incluso il servizi catering . In merito alle iscrizioni a carico di ASSL e AO, la quota dovrà comunque essere anticipata dal partecipante. La relativa fattura quietanzata verrà intestata alla ASSL/AO.

Crediti ECM Si ricorda che per ottenere il rilascio dei crediti formativi ECM attribuiti al percorso formativo, ogni partecipante dovrà frequentare il 100% dell'orario previsto; compilare la scheda anagrafica; compilare i questionari di apprendimento ECM. E' cura di ogni partecipante verificare la corretta consegna della modulistica per l'accreditamento alla Segreteria Organizzativa.

Fatturazione SOLO in caso di iscrizione a pagamento I partecipanti riceveranno la fattura elettronica via mail entro 30gg dalla data dell'evento. Se occorre indicate la propria PEC o codice identificativo. A seguito dell'entrata in vigore del D.L. 233/06 del 04/07 (L. 248/06 del 04/08/06), è necessario indicare i propri dati anagrafici, prestando particolare attenzione al Codice Fiscale e/o Partita Iva. L'indicazione del codice fiscale corretto è tassativa; in assenza, l'iscrizione non potrà ritenersi valida.

MODALITA' DI PAGAMENTO Solo per coloro che desiderano iscriversi a pagamento. E' possibile provvedere al pagamento mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate: **IT62U0306904856100000001000** BIC: **BCITITMM** Banca Intesa Sanpaolo - Filiale Largo Gennari Cagliari intestato Aservice Studio srl (causale: iscrizione TERAPIA DEL DOLROE 2019). Non saranno accettati bonifici gravati di spese bancarie, che dovranno essere totalmente a carico dell'ordinante.

RINUNCE Le rinunce che perverranno ad ASERVICE STUDIO entro il 15/06/2019 daranno luogo al rimborso della quota. Per le rinunce che perverranno dopo tale data non è previsto alcun rimborso. Le pratiche di rimborso saranno evase a chiusura del corso entro 30gg.

INFORMAZIONI Aggiornamenti sul sito dedicato all'evento www.aservicestudio.eu