

SCHEDA D'ISCRIZIONE

**Valutazione funzionale del paziente respiratorio**

15 marzo 2014

Per accedere inviare la scheda di iscrizione alla segreteria organizzativa allegando scheda di iscrizione e copia dell'avvenuto pagamento, previo contatto per verificare l'effettiva disponibilità dei posti: Victory Project Congressi Srl nicolo@victoryproject.it Tel. 02 89053524 Fax 02 201395

COMPILARE LA SCHEDA IN STAMPATELLO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

Socio ARIR N° Socio \_\_\_\_\_  Non Socio ARIR  
VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_  
Obbligatorio per ricevere conferma dell'iscrizione

Cod.Fiscale \_\_\_\_\_

PIVA \_\_\_\_\_

Professione:  Fisioterapista  Altro (NON saranno attribuiti crediti ECM)

Se diverso dall'iscritto intestare la Fattura a:

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

PIVA \_\_\_\_\_

In allegato invio fotocopia dell'avvenuto bonifico bancario per l'importo di € \_\_\_\_\_

Bonifico bancario sul seguente conto corrente:  
c/c 9340484 intestato a Victory Project Congressi Srl  
Unicredit Banca- Agenzia 21903 Via C. Poma- Milano  
IBAN: IT58 Z 02008 09403 00000 9340484

Causale: **corso valutazione 2014**

Autorizzo, ai sensi del D Lgs. 196 del 30/6/2003 la Segreteria del Corso al trattamento dei miei dati personali contenuti nel presente modulo per le finalità di organizzazione e gestione del Corso suddetto.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Quote di partecipazione (il saldo della quota va inviato con la scheda di iscrizione)

- Soci ARIR : € 130,00 (IVA inclusa)
- Non Soci ARIR, Aziende ed Enti privati: € 170,00 (IVA inclusa)
- Aziende ospedaliere ed Enti pubblici: €150,00 esente IVA

Per le iscrizioni fatte da enti pubblici, la fattura sarà emessa in assenza di IVA su richiesta dell'interessato e a ricevimento di un'attestazione scritta da parte dell'Ente da allegare alla copia del bonifico.