

3° Congresso Nazionale SISAV

12 - 13 - 14 Novembre 2015
Centro Congressi Federico II - Napoli

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Le iscrizioni ECM saranno accettate fino al raggiungimento di n° 100 medici e n° 50 infermieri. Fara' fede l'ordine di arrivo cronologico.

La Segreteria Organizzativa provvederà ad inoltrarvi una mail per confermare la vs. iscrizione

Inviare schede fax /e-mail alla MP s.r.l. Congressi e Comunicazione tel 081/5753432 Fax 081/5750145 - e-mail :mpnapoli@tin.it

web site: www.mpcongress.it

PARTECIPANTE

Cognome		Nome	
Indirizzo			
CAP		Città	Prov.
Cell.		Tel./Fax	
e-mail			
Luogo e data di Nascita		Codice fiscale	

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Medici soci SISAV	<input type="checkbox"/> € 100,00	Studenti e Specializzandi	<input type="checkbox"/> Gratuita
Medici non soci SISAV	<input type="checkbox"/> € 150,00	Infermieri	<input type="checkbox"/> Gratuita

L'evento è accreditato con il Provider MP srl Congressi e Comunicazione (N. 1263).

Evento n. **Crediti ECM n°** per :

- N. 100 Medico chirurgo - Discipline: Chirurgia Vascolare, Dermatologia e Venereologia, Pediatria, Radiodiagnostica
- N. 50 Infermieri

I crediti verranno erogati ai partecipanti solo previa verifica di :

- Appartenenza a una delle discipline accreditate
- Riconsegna del materiale al desk, con la scheda di iscrizione compilata in ogni sua parte
- Verifica del 100 % della presenza in aula
- Verifica del 80 % di risposte esatte al test di apprendimento

PAGAMENTO

Carta di Credito/Accreditare la cifra di € _____ + commissioni di transito bancario € 9,00

su Visa Master Card Carta Si

Carta di Credito n. _____ Data di scadenza / /

N° di sicurezza ____ *corrisponde alle ultime 3 cifre del numero identificativo riportato sul retro della carta

Intestatario _____

Firma _____ Data _____

Bonifico Bancario/(al netto di costi bancari) **Euro** _____

Beneficiario: "MP srl Congressi e Comunicazione" Banca dell' Emilia Romagna c/c n. 211837

C/C n. 211837 Abi: 05387 Cab code: 03411 Cin D - IBAN code : IT33D0538703411000000211837

Indicare sul bonifico "3° Congresso Nazionale SISAV il **COGNOME DEL PARTECIPANTE**"

Copia del bonifico deve essere inviato alla Segreteria Organizzativa

FATTURAZIONE (compilare solo se l'intestatario della fattura non è il partecipante stesso)

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

P.I. o C.F. _____

Data _____ Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali Dec. Lgs. 196/03, e l'invio in futuro di annunci e comunicazioni inerenti a convegni/congressi.