Modulo di Iscrizione

XIII Congresso Società Oftalmologica Calabrese

4 e 5 Ottobre 2013

T Hotel Lamezia

Dati Personali obbligatori per la pratica E.C.M. (Si prega di scrivere stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Cod.Fisc. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Indirizzo _____ C.a.p. _____

Città _____ Prov. _____

Professione **Medico** Disciplina **Oftalmologia** Iscriz. Ordine N._____ Prov. _____

Libero Professionista☐ Dipendente☐ Convenzionato☐ Senza occupazione☐

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ E-mail _____

Si prega di inviare il presente modulo di iscrizione alla segreteria organizzativa via fax allo **0984.830987** o via email a *info@jbprof.com* e verificare se l'iscrizione rientra tra le prime 150 pervenute allo **0984.837852**. Non saranno accettate richieste di iscrizione oltre il numero massimo di partecipanti previsto (150 Medici Chirurghi disciplina Oftalmologia)

Quota di Iscrizione (barrare con una "X" la casella interessata)

☐ I Soci S.O.C. e i nuovi Soci, possono rinnovare o effettuare l'iscrizione per l'anno 2013 all'atto di registrazione al congresso, versando la quota associativa di € 50 alla segreteria S.O.C. disponibile in sede congressuale. L'iscrizione alla S.O.C. comprende l'accesso ai lavori scientifici, kit congressuale, coffee break e colazione di lavoro di venerdì 4 ottobre e di sabato 5 ottobre, attestato ECM.

☐ Per i NON Soci la quota di iscrizione al congresso è di € 150 (IVA inclusa). L'iscrizione dà diritto all'accesso ai lavori scientifici, kit congressuale, coffee break e colazione di lavoro di venerdì 4 e di sabato 5 ottobre, attestato ECM.

☐ Per gli Specializzandi e per gli Ortottisti/Assistenti di Oftalmologia l'iscrizione al congresso è gratuita. L'iscrizione dà diritto all'accesso ai lavori scientifici, kit congressuale, coffee break e colazione di lavoro di venerdì 4 e di sabato 5 ottobre, attestato di partecipazione.

☐ Cena Sociale venerdì 4 Ottobre € 50 (IVA inclusa) per persona

Sistemazione alberghiera (barrare con una "X" la casella interessata)

☐ DUS notte venerdì 4 Ottobre € 150 (IVA inclusa) La quota include la cena sociale

☐ Matrimoniale notte venerdì 4 Ottobre € 230 (IVA inclusa) La quota comprende la cena sociale per il Medico regolarmente iscritto al congresso e per l'accompagnatore.

Totale servizi richiesti € [_____]

Pagamento cena sociale e/o sistemazione alberghiera

Bonifico Bancario Intestato a J&B Srl, Banca CREDEM filiale di Rende. IBAN: **IT69 A030 3280 8800 1000 0091 624** Indicare nella causale del bonifico **Cognome e Nome del partecipante.** Si prega di faxare la ricevuta del bonifico effettuato al numero 0984.830987 unitamente al presente modulo di iscrizione debitamente compilato.

Assegno Intestato a J&B Srl, da spedire a J&B Srl - Via Piemonte 12 - 87036 Rende (CS), unitamente al presente modulo di iscrizione debitamente compilato.

Dati per la fatturazione

Ragione Sociale _____P. IVA/ Cod. Fisc. _____

Indirizzo _____ C.a.p. _____

Città_____ Prov. _____ Tel _____

Privacy

In base al D.Lgs. 196/2003 autorizzo il trattamento dei miei dati personali. Le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi (contabilità, logistica, formazione elenchi). I dati potranno essere utilizzati per la creazione di un archivio ai fini dell'invio (via e-mail, fax o a mezzo posta) di proposte per corsi ed iniziative di studio future. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento.

Data _____ **Firma** _____