Modulo di Iscrizione

XIII Congresso Società Oftalmologica Calabrese

4 e 5 Ottobre 2013

Rocca Nettuno Garden – SS 18 Acconia di Curinga (CZ)

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 dà diritto all'accesso ai lavori scientifici, kit congressuale, coffee break e colazione di lavoro di venerdì 4 ottobre, coffee break di sabato 5 ottobre, attestato ECM.

☐ 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. Qualora non desideri la diffusione dei dati personali (nome, qualifica e azienda) agli altri partecipanti al corso, barri la casella riportata qui a fianco [ ] Qualora non desideri ricevere ulteriori informazioni, barri la casella riportata qui a fianco [ ]

Data _____ **Firma** _____