

# I<sup>e</sup> Giornate di Medicina Estetica in Trentino Alto-Adige Grand Hotel Trento 10 e 11 settembre 2016

## - SCHEDA DI ADESIONE -

da inviare debitamente compilata entro il **24 agosto 2016** a OriKata organizzazione congressi  
via fax al numero 0461 824251 o mail a [segreteria@orikata.it](mailto:segreteria@orikata.it), unitamente a copia della contabile del bonifico bancario

### Dati

Nome\* \_\_\_\_\_ Cognome\* \_\_\_\_\_

Data e Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_

Recapito telefonico\* \_\_\_\_\_ Email\* \_\_\_\_\_

Professione:  MEDICO CHIRURGO - Disciplina\* \_\_\_\_\_

Operatività Professionale\*:  Libero professionista  Dipendente  
 Convenzionato  Privo di occupazione

Indirizzo Privato \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza/Indirizzo di Lavoro \_\_\_\_\_

### Quota di adesione

La quota di adesione comprende la partecipazione alle sessioni scientifiche dei giorni 10 e 11 settembre 2016, pause caffè, il kit congressuale, attestato di partecipazione, crediti ECM.

- Quota IVA inclusa: **€ 100,00**
- Quota esente IVA: **€ 81,97**

La quota di partecipazione sarà esente di IVA qualora venga corrisposta da un ente pubblico (esente IVA ai sensi DPR n. 633/72 e successive modifiche). In questo caso la fatturazione dell'iscrizione stessa dovrà essere autorizzata per iscritto dall'ente. L'autorizzazione dovrà essere inviata unitamente alla scheda di iscrizione compilata in tutte le sue parti, inclusi i dati anagrafici fiscali dell'ente).

Parteciperò alla cena del 10 settembre: sì  no

Richiesta esenzione IVA (allegare autorizzazione ente)

### Pagamento

Le quote di adesioni devono essere interamente versate tramite **bonifico bancario** intestato a:  
EMBI SERVICES snc di Ferrari M. e Pollini B.

Codice IBAN: IT 510 03268 60160 052443850131 (Banca Sella Spa)

Causale: COGNOME e NOME iscritto + Medicina Estetica

Cancellazione, rimborsi e sostituzioni: Le quote possono essere rimborsate con una detrazione del 20%, se la disdetta scritta giunge alla segreteria organizzativa entro il 2 settembre 2016. Nessun rimborso sarà garantito oltre tale data. Eventuali sostituzioni dovranno essere comunicate alla segreteria organizzativa. La sostituzione di un partecipante non comporta costi aggiuntivi.

A fronte del pagamento della quota di adesione, chiedo emissione di relativa **fattura**:  SI  NO

Fattura da intestare a\*: \_\_\_\_\_

Via\* \_\_\_\_\_ Cap\* \_\_\_\_\_ Città\* \_\_\_\_\_ Prov\* \_\_\_\_\_

P.IVA\* \_\_\_\_\_ Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_

Email per invio fattura\*: \_\_\_\_\_

### Informativa

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 informiamo che i suoi dati personali saranno trattati su supporto cartaceo e/o informatico da OriKata per lo svolgimento della propria attività. Il titolare ed il responsabile del trattamento è OriKata. In qualsiasi momento potrà esercitare i relativi diritti fra cui consultare, modificare o cancellare i suoi dati personali scrivendo a: OriKata organizzazione congressi - Via R. Guardini 8 - 38121 TRENTO. Autorizzo il trattamento dei miei dati al fine della trasmissione degli stessi alla Commissione ECM così come previsto dal modulo di registrazione degli eventi e dei progetti formativi sanitari.

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