

# XXXI CONGRESSO NAZIONALE SIFO

## DIRITTO ALLA SALUTE E SOSTENIBILITA' IN UNA SANITA' FEDERALE LA SIFO INTERROGA E PROPONE

CAGLIARI, FIERA INTERNAZIONALE DELLA SARDEGNA

6 – 8 OTTOBRE 2010



### SCHEDA DI ISCRIZIONE

#### ISCRIZIONI

E' possibile effettuare l'iscrizione seguendo le istruzioni sul sito [www.sifo2010.genesieventi.net](http://www.sifo2010.genesieventi.net) oppure compilando la presente scheda (in stampatello leggibile) da inviare alla segreteria organizzativa GENESI (fax 0721-955810). Le iscrizioni dovranno pervenire entro il 20/09/2010. Non saranno accettate iscrizioni incomplete e senza copia del pagamento.

#### QUOTE DI ISCRIZIONE

TIPO DI ISCRIZIONE	ENTRO IL 16 LUGLIO	DOPO IL 16 LUGLIO ED ENTRO IL 20 SETTEMBRE
SOCIO SIFO	€ 450,00 <input type="checkbox"/>	€ 500,00 <input type="checkbox"/>
NON SOCIO SIFO	€ 500,00 <input type="checkbox"/>	€ 550,00 <input type="checkbox"/>
MEDICO	€ 500,00 <input type="checkbox"/>	€ 550,00 <input type="checkbox"/>
BIOLOGO	€ 500,00 <input type="checkbox"/>	€ 550,00 <input type="checkbox"/>
TSLB, INFERMIERE	€ 220,00 <input type="checkbox"/>	€ 220,00 <input type="checkbox"/>
RIDOTTA BORSISTI*	€ 220,00 <input type="checkbox"/>	€ 220,00 <input type="checkbox"/>
SPECIALIZZANDO SOCIO SIFO	€ 80,00 <input type="checkbox"/>	€ 80,00 <input type="checkbox"/>
SPECIALIZZANDO NON SOCIO SIFO	€ 120,00 <input type="checkbox"/>	€ 120,00 <input type="checkbox"/>
GIORNALIERA	€ 250,00 <input type="checkbox"/>	€ 300,00 <input type="checkbox"/>

*Importi IVA 20% inclusa*

\* riservata a borsisti non strutturati. Verrà accettata solo dietro presentazione di idonea documentazione che attesti l'appartenenza alla suddetta categoria.

Le quote specializzando e giornaliera non includono la partecipazione alla cerimonia di chiusura.

**Per le iscrizioni in sede Congressuale verrà applicata una maggiorazione di € 50,00** sulle tariffe sopra elencate, escluse le quote specializzando e giornaliera.

#### LA QUOTA DI ISCRIZIONE INCLUDE:

- La partecipazione alle sessioni scientifiche
- Kit congressuale
- Attestato di partecipazione
- Questionario di verifica per crediti ECM
- Cocktail di Benvenuto di mercoledì 6 ottobre
- Colazioni di Lavoro di giovedì 7 e venerdì 8 ottobre
- Coupon bar
- Premiazione dei Poster e cerimonia di chiusura previo versamento quota di conferma di € 5,00.

#### PAGAMENTO

L'iscrizione è accettata solo se accompagnata dal pagamento della stessa e delle opzioni richieste. Il pagamento potrà essere effettuato con:

- **Bonifico Bancario – per iscrizioni cartacee e on-line**

**UNICREDIT BANCA DI ROMA - Agenzia di Senigallia IBAN IT94D0300221301000401325205**

Allegare alla scheda d'iscrizione copia della ricevuta del pagamento.

- **Carta di Credito – solo per iscrizioni on-line**

#### CANCELLAZIONI E RIMBORSI

Eventuali cancellazioni dovranno essere comunicate per iscritto entro il 03/09/2010 via fax al numero 0721 955810. Dopo tale data, e comunque entro il 20/09/2010, saranno possibili solo sostituzioni di nominativi. I rimborsi, salvo una quota fissa di segreteria di € 50,00 non rimborsabili, verranno effettuati solo ad evento concluso. La mancata partecipazione, non comunicata per iscritto entro la data sopra indicata, comporta l'addebito dell'intera quota d'iscrizione direttamente in capo al partecipante. **Non è previsto nessun rimborso per cancellazioni di iscrizioni pervenute dopo il 03/09/2010.** Tutte le iscrizioni saranno confermate dalla Segreteria Organizzativa al n. di fax o indirizzo e-mail indicato sulla scheda di iscrizione.

**\*DATI OBBLIGATORI DEL PARTECIPANTE (compilare in stampatello leggibile)**

\*Cognome \_\_\_\_\_ \*Nome \_\_\_\_\_  
\*Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
\*Data di nascita \_\_\_\_\_ \*Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
\*Indirizzo privato \_\_\_\_\_  
\*C.A.P. \_\_\_\_\_ \*Città \_\_\_\_\_ \*Prov. \_\_\_\_\_  
\*Tel. \_\_\_\_\_ \*Fax \_\_\_\_\_  
\*Cell. \_\_\_\_\_ \*E-mail \_\_\_\_\_  
\*Professione \_\_\_\_\_  
\*Disciplina principale \_\_\_\_\_  
Istituto/ Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Indirizzo Istituto \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**PRENOTAZIONE ALBERGHIERA**

Per informazioni e prenotazioni alberghiere presso le strutture convenzionate si prega di contattare la segreteria organizzativa Genesi (0721 955866 r.a.).

**DATI PER LA FATTURAZIONE**

(La mancata partecipazione non comunicata per iscritto, comporta l'addebito della quota d'iscrizione direttamente in capo al partecipante)

Intestazione fattura : \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
P. Iva o Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

**Indirizzo per spedizione fattura se diverso da intestazione**

Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Informativa e consenso ex D. Lgs. N. 196/03. "Codice in materia di protezione dei dati personali"

I dati da Lei forniti verranno trattati per consentire un corretto rapporto in merito all'evento al quale partecipa attraverso l'invio di corrispondenza e documentazioni amministrative. Essi saranno acquisiti, conservati e gestiti con mezzi informatici e cartacei da SIFO e Genesi Event nelle proprie banche dati ed in quelle del Ministero della Salute. Il conferimento dei dati è obbligatorio per registrare la Sua partecipazione e per l'effettuazione delle pratiche amministrative (ottenimento dei crediti formativi ECM ed emissione della fattura compresi). I Dati potranno essere comunicati a terzi in rapporto con l'associazione/società per i soli fini di svolgimento e l'organizzazione dell'evento. I dati non saranno oggetto di diffusione.

Titolare del trattamento dei dati è SIFO/Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie, con sede in Milano, Via Carlo Farini 81, nella persona del Presidente Pro-tempore.

Responsabile del trattamento dei dati è: Genesi Event Srl con sede a Castelvechio (PU), Via Piave, 12 nella persona del Legale Rappresentante. Lei potrà in ogni momento esercitare i Suoi diritti ai sensi della Legge in materia di Privacy.

Do il consenso  Nego il consenso  
(nel caso in cui negasse il consenso, la sua iscrizione non potrà essere ritenuta valida )

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_