

NASA EVO plus
National Academy in Surgical Andrology Evolution



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilarsi in tutte le sue parti e da inviare alla Segreteria Organizzativa:
sia@andrologiaitaliana.it o al numero di fax 06.80660226

***Dati obbligatori ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM se conseguiti**

Cognome* _____

Nome* _____

Nato a* _____ **il*** _____

Codice Fiscale* _____

Indirizzo _____

CAP _____ **Città Prov.** _____

Telefono _____ **Cellulare*** _____

Email* _____

PEC _____

Specialista in* _____ **Specializzando in*** _____

Ente/struttura di appartenenza _____

N. Iscr. Ordine dei Medici* _____

QUOTA DI ISCRIZIONE:

Euro 900,00 (novecento/00) + oneri fiscali

L'iscrizione comprende: frequenza al Corso, pernottamento, attestato di partecipazione, attestato ECM laddove conseguito, assicurazione sugli infortuni

Tutto quanto non espresso è da ritenersi a carico del partecipante.

Ciascun partecipante dovrà autonomamente provvedere alla propria iscrizione, personalmente o tramite uno sponsor da sé stesso individuato dandone comunicazione alla Segreteria Organizzativa.

La quota dovrà essere versata dopo il ricevimento della notifica di avvenuta iscrizione da parte della segreteria SIA ed entro e non oltre il 31 gennaio 2020 inviando contabile bancaria dell'avvenuto versamento a sia@andrologiaitaliana.it

TERMINI DI PAGAMENTO:

- copia avvenuto bonifico bancario presso:

UNICREDIT BANCA DI ROMA - AG. n. 704 di Roma

ABI 02008 - CAB 05203

C/C 000104403717

IBAN: IT34C0200805203000104403717

Intestato alla SIA Eventi S.r.l

Causale: Corso di Chirurgia – NASA EVO 3 + nome

A partire dal 30° giorno dall'inizio del Corso non sarà possibile effettuare alcun rimborso.

DATI PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA:

Nome e Cognome /denominazione sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ **Città** _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

Codice SDI o PEC _____

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) autorizzo la SIA EVENTI srl alla gestione della registrazione ed al trattamento dei dati personali forniti con la presente scheda.

Data _____ **Firma** _____

La scheda è disponibile anche sul sito: **www.andrologiaitaliana.it**