



# SIA SURGICAL SCHOOL

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilarsi in tutte le sue parti e da inviare corredata da un breve curriculum formativo e professionale alla  
Segreteria Organizzativa: [sia@andrologiaitaliana.it](mailto:sia@andrologiaitaliana.it)

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

Nato a\* \_\_\_\_\_ il\* \_\_\_\_\_

Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare\* \_\_\_\_\_

E-mail\* \_\_\_\_\_

Specialista in\* \_\_\_\_\_  Specializzando in\* \_\_\_\_\_

### QUOTA DI ISCRIZIONE:

**Euro 1.200,00 (quattrocento/00) + oneri fiscali**

L'iscrizione comprende: la frequenza Corso, materiali didattici, dinners e hospitality per il corso teorico e per le successive frequenze presso i 3 centri host, valutazione dei video di casistica chirurgica, attestato di frequenza e profitto, certificato ECM laddove siano state superate le relative verifiche.

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

Ciascun partecipante dovrà autonomamente provvedere alla propria iscrizione personalmente.

La quota dovrà essere versata dopo il ricevimento della notifica di avvenuta iscrizione da parte della segreteria SIA ed entro e non oltre il 5/06/2022 inviando contabile bancaria dell'avvenuto versamento a [sia@andrologiaitaliana.it](mailto: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 SIA S.S. + nome iscritto

Dal 30° giorno incluso, dall'inizio del Corso non sarà possibile effettuare alcun rimborso.

### DATI PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA/RICEVUTA:

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 \_\_\_\_\_