

Da restituire debitamente compilata alla Segreteria Organizzativa SARDINIAMEETING SRL
Viale La Playa, 7 - Cagliari - info@sardiniameeting.it - Fax 070 5929121 - Tel. 070 664334 – Cell. 329 4870166

SCHEDE DI ISCRIZIONE

N.B. Tutti i campi sono obbligatori per il conseguimento dei crediti ECM

COGNOME		NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA			
CODICE FISCALE			
INDIRIZZO			
CITTA'		CAP	PROV.
TEL. ABITAZIONE	CELLULARE	EMAIL	
PROFESSIONE	SPECIALIZZAZIONE	<input type="checkbox"/> Specializzando	
ISTITUTO/ENTE	INDIRIZZO ISTITUTO	TEL.	
Barrare la casella di pertinenza: <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> PRIVO DI OCCUPAZ.			

QUOTE DI ISCRIZIONE IN EURO (IVA inclusa) entro il 30.10.2019 - BARRARE LA VOCE DI PERTINENZA:

	SOCIO	NON SOCIO	SPECIALIZZANDO
CONGRESSO (15-16 Nov.)	<input type="checkbox"/> 50,00	<input type="checkbox"/> 75,00	<input type="checkbox"/> GRATUITO
N.1 CORSO pregressuale (15 Nov.)	<input type="checkbox"/> 30,00	<input type="checkbox"/> 50,00	<input type="checkbox"/> 20,00

CORSO pregressuale (si prega di barrare la casella di interesse):

- Stabilizzazione respiratoria e metabolica del neonato critico prima del trasporto (n.25 pax) ore 08.30 – 13.30
- Il bambino con diabete: monitoraggio continuo del glucosio e terapia insulinica con microinfusore (n.25 pax) ore 08.30 – 13.30
- Interpretazione dei soffi cardiaci (n.25 pax) ore 08.30 – 13.30

CONGRESSO INFERMIERI AREA PEDIATRICA 15,00
16 Nov. ore 08:30-13:30 (n.50 pax)

La quota di iscrizione al Congresso comprende: Kit congressuale, coffee break e lunch previsti dal programma, attestato di partecipazione

TOTALE QUOTA ISCRIZIONE: € *Modalità di pagamento:*

- Bonifico bancario** Intestato a: **Sardiniameeting Srl** c/o Banco di Sardegna – Ag.1 di Cagliari **IBAN:** IT61Y0101504801000070473655
Si prega di voler inviare copia del bonifico effettuato unitamente alla scheda di iscrizione al seguente numero di fax: 070 5929121
- Assegno circolare o bancario non trasferibile** n..... della Banca..... di €..... intestato a:
Sardiniameeting Srl - Si prega di voler anticipare, unitamente alla scheda di iscrizione, una copia dell'assegno via fax al numero 070 5929121 e inviare l'originale a:
Sardiniameeting Srl – Viale La Playa, 7 - 09123 Cagliari
- Contanti/POS presso la sede della Sardinia meeting Srl – Viale La Playa, 7 - Cagliari**

Dati per la fatturazione se diversi da quelli suindicati:

Nome _____ Cognome _____
Ente _____ Indirizzo completo _____
P.Iva/Codice Fiscale _____ Cod. Destinatario _____

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 – GDPR

Data.....

Firma:.....