



“DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SICUREZZA DEL PAZIENTE”

- III CONGRESSO NAZIONALE AIDOS

6-7 novembre 2008 - Perugia
Perugia Centro Congressi

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare in stampatello e inviare a : CONSULTA UMBRIA – Via R. Gallenga, 2
06127 PERUGIA - Fax 075 5153466 – e-mail : congressi@consultaumbria.com

DATI PERSONALI

COGNOME _____ NOME _____
INDIRIZZO _____
CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____ TEL. _____
CELLULARE _____ E-MAIL _____
P. IVA /CODICE FISCALE _____

DATI PROFESSIONALI

ENTE DI APPARTENENZA _____
INDIRIZZO _____ CAP _____
CITTÀ _____ PROV. _____
P.IVA /C.F. _____

ISCRIZIONE CORSI PRE-CONGRESSUALI (scadenza 30 settembre 2008)

DESCRIZIONE	QUOTA
<input type="checkbox"/> QUOTA ISCRIZIONE CORSO	€ 150,00 + iva 20%

Desidero iscrivermi al corso:

- Documentazione assistenziale integrata in area chirurgica e riabilitativa
- Privacy e documentazione clinica
- Documentazione sanitaria e audit
- Documentazione sanitaria e patient safety
- Documentazione sanitaria e sicurezza delle terapie
- Archivistica clinico: competenze e strumenti

ISCRIZIONE CONGRESSO

DESCRIZIONE	QUOTA
<input type="checkbox"/> SOCIO AIDOS	€ 120,00 + iva 20%
<input type="checkbox"/> NON SOCIO AIDOS	€ 200,00 + iva 20%

L'iscrizione comprende: partecipazione ai lavori; materiale congressuale, coffee-breaks e pranzi come da programma; attestato di partecipazione.

Visita guidata Galleria Nazionale dell'Umbria

Intendo partecipare alla Galleria Nazionale dell'Umbria il giorno 6 novembre 2008. Costo a persona € 15,00+ iva

20% Cena social

Intendo partecipare alla cena sociale che si svolgerà il giorno 6 novembre 2008. Costo a persona € 55,00+ iva

20% Pacchetto "Visita Guidata + Cena"

Intendo partecipare all'evento sociale previsto il giorno 6 novembre 2008 acquistando il pacchetto "visita Galleria + cena". Costo a persona € 70,00+ iva 20%

RIEPILOGO PAGAMENTO

Nr. _____ quota di iscrizione ai corsi pre-congressuali € _____
Nr. _____ quota di iscrizione al congresso € _____
Nr. _____ visita guidata Galleria Nazionale € _____
Nr. _____ cena sociale € _____
Nr. _____ pacchetto "visita Galleria + Cena" € _____

TOTALE € _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

CARTA DI CREDITO Visa Eurocard/Mastercard American Express

NUMERO DI CARTA DI CREDITO _____ SCADENZA _____

CODICE CVV (Card Verification Value) per Visa e Mastercard _____

CODICE 4DBC (Four Digit Batch Code) per American Express _____

INTESTATA A _____

FIRMA DEL TITOLARE _____

BONIFICO BANCARIO

Bonifico bancario a favore di CONSULTA UMBRIA SRL- presso Monte dei Paschi di Siena - Ag.4 Via Baglioni - 06121 Perugia.
C/C 000000136490 ABI 01030 CAB 03004 CIN N IBAN : IT 43 N 01030 03004 000000136490 (Allegare copia della contabile)

La fattura dovrà essere intestata a: _____

CODICE FISCALE/P.IVA (da indicare obbligatoriamente) _____

Ai sensi del D. Lgs 196/03 si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di convegni in materia sanitaria e potranno essere registrati anche su supporto informatico al fine di tenerla aggiornata circa le nostre prossime iniziative scientifiche, per l'utilizzo dei dati stessi per i fini ECM e comunicati a terzi. Lei ha comunque diritto di opporsi a tale trattamento. La mancata accettazione al trattamento dei suoi dati comporta l'impossibilità a gestire la partecipazione all'evento e l'invio dei materiali e delle pubblicazioni ad esso inerenti. Titolare del trattamento è CONSULTA UMBRIA SRL con sede in Perugia, Via R. Gallenga 2, 06127 Perugia e nei suoi confronti Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del citato D. Lgs 196/03.

Data _____

Firma _____