

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

Spedire o inviare via fax a: **Iniziative Sanitarie srl**  
Viale di Val Fiorita 86 - 00144 Roma - Tel. 065919418 - Fax 065912007 - eventi@iniziativesanitarie.it - www.iniziativesanitarie.it



4° CONGRESSO NAZIONALE  
**Hta è qualità dei servizi sanitari**  
UDINE, 17-19 novembre 2011

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>Codice fiscale \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>Professione \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>Disciplina \_\_\_\_\_

Indirizzo abitazione \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

<sup>(2)</sup>e-mail \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Servizio \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Indirizzo sede di lavoro \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>Dati essenziali ai fini dell'accreditamento ECM

<sup>(2)</sup>Si raccomanda l'inserimento corretto dell'e-mail per le comunicazioni inerenti la partecipazione al Congresso

Per iscriversi alla SIHTA contattare la segreteria operativa tel. 065919418, o consultare il sito [www.sihta.it](http://www.sihta.it)

## QUOTE DI ISCRIZIONE<sup>(3)</sup>

	SOCI SIHTA <sup>(4)</sup>	NON SOCI SIHTA	STUDENTI/SPECIALIZZANDI
Entro il 31 ottobre 2011	<input type="checkbox"/> € 150,00	<input type="checkbox"/> € 320,00 + IVA 20% (€384,00)	<input type="checkbox"/> € 100,00
Dopo il 31 ottobre 2011 o in sede di Congresso	<input type="checkbox"/> € 180,00	<input type="checkbox"/> € 350,00 + IVA 20% (€420,00)	

**LE AZIENDE E ORGANIZZAZIONI CHE DESIDERANO ISCRIVERE 10 O PIÙ PERSONE SONO PREGATE DI CONTATTARE LA SEGRETERIA SIHTA ([segreteria@sihta.it](mailto:segreteria@sihta.it))**

<sup>(3)</sup>Le quote si intendono al netto di ogni spesa

<sup>(4)</sup>L'iscrizione riservata ai soci SIHTA solo se in regola con il pagamento della quota associativa per l'anno 2011 (allegare attestazione di pagamento)

**In caso di disdetta non sarà riconosciuto alcun rimborso**

## LA QUOTA DI ISCRIZIONE COMPRENDE

Partecipazione ai lavori; Kit Congressuale; Crediti ECM; Attestati di partecipazione; Coffee Break e lunch previsti dal programma

## LA RICEVUTA/FATTURA DEVE ESSERE INTESTATA A: (da compilare se diverso dall'iscritto)

Indicare l'Ente o il nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

e inviata all'attenzione di \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### RISERVATO AI SOLI ENTI PUBBLICI

Richiesta di esenzione IVA (art. 14 comma 10 L. 24/12/93 n. 537)

Gli Enti Pubblici che desiderino richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota d'iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne specifica richiesta barrando e apponendo il proprio timbro nell'apposito spazio. Non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro.

Timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA

## L'ISCRIZIONE SARÀ VALIDA SOLO SE ACCOMPAGNATA DALL'ATTESTAZIONE DI AVVENUTO PAGAMENTO DELLA QUOTA

### CONDIZIONI

- L'iscrizione si intende valida solo se accompagnata dall'attestazione dell'avvenuto pagamento della quota.
- La quota dovuta è quella prevista alla data del pagamento e si intende al netto di ogni spesa.
- La quota Ridotta è riservata ai Soci SIHTA in regola con il pagamento della quota associativa per l'anno 2011 (allegare attestazione di pagamento). In ogni altro caso la quota dovuta è quella Intera.
- In caso di disdetta della partecipazione, comunicata entro il 15 ottobre 2011 con raccomandata AR indirizzata a Iniziative Sanitarie Srl (V.le di Val Fiorita, 86 - 00144 Roma), è possibile il rimborso del 50% della quota di iscrizione al Congresso già versata. Dopo tale data non sarà riconosciuto più alcun rimborso.
- Per ogni controversia sarà competente il Foro di Roma.
- Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, Iniziative Sanitarie srl informa che i dati personali forniti ai fini della presente iscrizione saranno trattati, con modalità cartacee ed informatizzate per le finalità connesse alla partecipazione al Congresso. I dati forniti a Iniziative Sanitarie non verranno comunicati ad altri soggetti. Il titolare del trattamento dei dati è Iniziative Sanitarie srl che ha sede in Roma, Viale di Val Fiorita, 86. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a Iniziative Sanitarie srl per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003.
- Iniziative Sanitarie desidera tenerla aggiornata sulle proprie attività, formative o editoriali. Qualora non desideri ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative La preghiamo di barrare la casella qui accanto

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(Per specifica accettazione delle Condizioni punti 1,2,3,4,5,6,7)

### MODALITÀ DI PAGAMENTO (ALLEGARE ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO)

**Bonifico bancario intestato a:** Iniziative Sanitarie - Conto SIHTA - Banco di Brescia IBAN IT43R035000321200000004000

Addebito di € \_\_\_\_\_ su carta di credito:  VISA  MASTERCARD  CARTASì

N. Carta \_\_\_\_\_

scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_ Intestata a \_\_\_\_\_ N. Codice di sicurezza \_\_\_\_\_

(Per VISA e MASTERCARD le ultime 3 cifre stampate sul retro della carta di credito)

Il sottoscritto autorizza Iniziative Sanitarie srl ad addebitare l'importo sopra indicato.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_