



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Professione _____ Disciplina _____

Istituto/Ospedale _____

Divisione _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città, Prov. _____

Telefono _____ Fax _____

Cellulare _____ e-mail _____

Dati per fatturazione (dati obbligatori)

Nome, Cognome o Ragione Sociale _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città, Prov. _____

Codice Fiscale o Partita IVA _____

Ai soggetti in esenzione IVA ai sensi ex art. 10 L. 537/1993 verranno conteggiati gli importi al netto IVA 22%.

Da compilare e spedire a: **Effetti srl** - Via Gallarate, 106 - 20151 Milano - Fax 02/33496370 - e-mail: iscrizioni.icar2017@effetti.it

Dettaglio iscrizione

Iscrizione al congresso (IVA 22% ESCLUSA)

Medico

Entro il 15/04/2017

€ 600,00

Dopo il 16/04/2017

€ 700,00

Medico < 35 anni, Biologo, Biotecnologo, Farmacista, Infermiere

€ 260,00

€ 310,00

Studenti e specializzandi

gratuito

gratuito

Esponenti della HIV/AIDS Community

gratuito

gratuito

Iscrizione giornaliera al congresso (IVA 22% ESCLUSA)

Medico

giorno

12 giugno

13 giugno

14 giugno

€ 300,00

Medico < 35 anni

giorno

12 giugno

13 giugno

14 giugno

€ 150,00

Studenti e specializzandi

giorno

12 giugno

13 giugno

14 giugno

gratuito

Corsi di aggiornamento (a completamento dei posti disponibili)

gratuito

Indicare il corso a cui si desidera partecipare _____

Modalità di pagamento

Bonifico Bancario A favore di **Effetti srl** - Intesa SanPaolo - Milano - IBAN IT84T 03069 09557 100000004878

Causale: Indicare ICAR 2017 e nome cognome del partecipante

Si prega di inviare copia del bonifico bancario unitamente alla scheda di iscrizione a Effetti srl (Via Gallarate, 106 - 20151 Milano - Fax 02/33496370)

Carta di Credito

Visa

Eurocard/Mastercard

Carta di credito n.

Data di scadenza _____ Cvv n.

Autorizzo Effetti ad addebitare sulla mia carta di credito l'importo complessivo della quota dovuta pari a: € _____

Data _____ Firma _____

Assegno Bancario

Allego Assegno Bancario di € _____ Banca _____ intestato a Effetti srl.

Si prega di inviare l'assegno bancario unitamente alla scheda di iscrizione a Effetti srl (Via Gallarate, 106 - 20151 Milano)

Dichiaro di aver preso visione sul sito **www.effetti.it** dell'informativa ai sensi degli artt. 7 e 23 della legge N. 196/2003 sul trattamento dei dati personali ed esprimo il mio consenso al trattamento degli stessi da parte di Effetti srl secondo l'informativa stessa.

Firma _____

Data _____