

da inviare via fax al n. 031 751525 a Segreteria Organizzativa entro il 23 aprile 2012 a EXPOPOINT
Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (CO) - Tel. 031 748814 - Fax 031 751525 - e-mail: gitic@expopoint.it - uffcongressi@expopoint.it

DATI ANAGRAFICI

| | |
|---|---|
| Cognome _____ | INTESTAZIONE FATTURA (da compilare obbligatoriamente se i dati della fattura sono diversi da quelli personali) |
| Nome _____ | |
| Indirizzo _____ | Azienda/Ente/Ospedale _____ |
| CAP _____ Città _____ Prov. _____ | Partita IVA _____ |
| Tel. _____ e-mail _____ | specificare se esente IVA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Nato a _____ il _____ | Indirizzo _____ |
| Codice Fiscale _____ | CAP _____ Città _____ Prov. _____ |
| Iscritto G.I.T.I.C. 2012 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Responsabile amministrativo di riferimento _____ |
| Ente/Ospedale _____ | Tel. _____ |
| <input type="checkbox"/> Casa di cura <input type="checkbox"/> Azienda Ospedaliera <input type="checkbox"/> A.S.L. <input type="checkbox"/> Altro _____ | e-mail _____ |
| Indirizzo _____ | |
| CAP _____ Città _____ Prov. _____ | |
| Reparto _____ Qualifica _____ | |
| Tel. Reparto _____ | |
| <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA | |

ISCRIZIONE

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SOCIO GITIC | Euro 65,00 + IVA (Euro 78,65) incluso lunch _____ |
| <input type="checkbox"/> NON SOCIO GITIC | Euro 90,00 + IVA (Euro 108,90) incluso lunch _____ |
| <input type="checkbox"/> IN SEDE CONVEGNO | Euro 90,00 + IVA (Euro 108,90) incluso lunch _____ |

PREFERENZA SESSIONE PARALLELA

Intendo frequentare la sessione parallela pomeridiana:

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SESSIONE A GESTIONE INFERMIERISTICA DEI FARMACI CARDIOVASCOLARI | <input type="checkbox"/> SESSIONE B ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA SOTTOPOSTA A INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO | <input type="checkbox"/> SESSIONE C DALLE PROVE DI EFFICACIA AGLI STRUMENTI DISCIPLINARI PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA |
|---|--|---|

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Allego copia dell'avvenuto pagamento dell'importo totale di iscrizione:

- assegno bancario (non trasferibile) intestato a Expo Point sas
- bonifico bancario a favore di Expo Point - Segreteria GITIC: cod. IBAN IT66 P056 9651 0900 0000 3265 X58 Banca Popolare di Sondrio Agenzia di Carimate (Co) cin P - abi 05696 - cab 51090
- bollettino c/c postale n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co) - causale: iscrizione Convegno GITIC - Area 2012
- bonifico postale su n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co) - causale: iscrizione Convegno GITIC - Area 2012
- carta di credito - circuito: CartaSi - VISA - Eurocard - Mastercard: n. carta: _____ codice autoriz. CV2
intestata a _____ scadenza...../...../20.... firma _____
(per il pagamento con carta di credito verrà addebitata una commissione pari al 3,5% sull'importo dovuto) (obbligatoria)

data ___ / ___ /2012

firma _____
Si autorizzano G.I.T.I.C. ed EXPO POINT a trattare i dati indicati nella presente scheda