

**IL TRATTAMENTO ORTODONTICO PARODONTALE
NEL PAZIENTE ADULTO
Pozzuoli, Hotel Gli Dei 13 e 14 Maggio 2022**

SCHEMA DI ISCRIZIONE

DA INVIARE ALLA MEDIA CONGRESS VIA EMAIL ortoparo@mediacongress.it

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ email _____

FATTURAZIONE

P.IVA _____ CODICE UNIVOCO _____

Codice fiscale _____

Senza la compilazione dei dati richiesti non sarà possibile ottenere i crediti ECM durante la partecipazione al Congresso

ISCRIZIONE ORDINARIA	€	488,00
SOCIO SINET, SUSO	€	366,00

DESIDERO ISCRIVERMI CON LA QUOTA DI _____
(specificare tipologia e quota secondo data di iscrizione)

Norme per l'iscrizione:

- 1) Non verranno prese in considerazione schede sprovviste di ricevuta di pagamento e di firma
- 2) Il possesso dei requisiti va opportunamente documentato
- 3) Le società dei patrocinanti sono: **SUSO, SINET**
- 4) Per l'applicazione della quota farà fede la data di ricezione della scheda a mezzo mail (ogni differenza di pagamento non corretto secondo i termini andrà regolato in sede congressuale)
- 5) ECM: E' stato richiesto accreditamento ECM per la professione del Medico Chirurgo (Chirurgia Maxillo – Facciale) e dell'Odontoiatra Si procederà con l'attribuzione dei crediti secondo l'ordine cronologico di iscrizione al congresso
- 6) CANCELLAZIONI È previsto un rimborso pari al 50% della quota di iscrizione per le cancellazioni pervenute per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro il 15 aprile 2022. I rimborsi saranno effettuati dopo il Congresso.

Pagamento della quota:

- Bonifico Bancario intestato a :

MEDIA CONGRESS SRL c/o Fineco Bank IBAN IT10E0301503200000004121908 (allegare ricevuta)
Causale: **iscrizione corso 13 e 14 maggio 2022**

Informativa art. 13 legge 196/03

I Suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno trattati nel rispetto della legge 196/03. Titolare dei dati è: SINET – Via dei Mille 40 – 80121 Napoli

Preso atto dell' informativa consento al trattamento dei Miei dati personali ed al loro utilizzo per le finalità sopra indicate.

DICHIARO ALTRESI' DI AVER LETTO LE NORME DI ISCRIZIONE E DI ACCETTARLE INTEGRALMENTE

Firma _____ Data _____

- DESIDERO PRENOTARE IL VOLUME QUINTESSENZA AL COSTO DI € 110 ANZICHE' € 130: RITIRERO' IL VOLUME IN SEDE E PAGHERO' IL RAPPRESENTANTE**

Firma _____ Data _____