



ROMA  
GASTRO  
PEDIATRIA  
2015

Presidente:  
Salvatore Cucchiara  
Sapienza  
Università di Roma

Segreteria Organizzativa  
MEETING&CONSULTING  
Via Michele Mercati, 33  
00197 Roma  
Tel. 06/80693320  
Fax 06/3231136  
gastropediatria@emec-roma.com  
www.emec-roma.com

# NEWS & VIEWS IN GASTROENTEROLOGIA E NUTRIZIONE PEDIATRICA

Roma, 13-14 Marzo 2015 Ergife Palace Hotel

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare via e-mail a: [gastropediatria@emec-roma.com](mailto:gastropediatria@emec-roma.com) - o via fax 06 3231136

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Ente di Appartenenza \_\_\_\_\_

Divisione/Reparto \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

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

Professione \_\_\_\_\_

Specialità \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Dipendente

Convenzionato

Libero Professionista

Privo di occupazione

## DATI PER LA FATTURAZIONE:

Intestazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

## QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA 22% inclusa)

Medico € 280,00

Specializzando € 110,00

Infermiere € 110,00

## LA QUOTA DI ISCRIZIONE DA DIRITTO A

partecipazione ai lavori, box lunch, coffee break, kit congressuale, attestato di partecipazione, attestato ECM (agli aventi diritto)

## MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento può essere effettuato mediante bonifico bancario intestato a: e meeting & consulting Srl - UNICREDIT BANCA D'IMPRESA SpA - Filiale Roma Parioli - IBAN: IT 96 0 02008 05120 000030079134. Causale: Iscrizione Gastropediatria 2015. La quota di partecipazione dovrà pervenire contestualmente all'iscrizione. Il mancato versamento annullerà l'iscrizione effettuata. In caso di mancata partecipazione al Congresso la quota versata non verrà rimborsata.

## MODALITA' DI CANCELLAZIONE

E' previsto il rimborso del 50% dell'intero importo per cancellazioni pervenute entro il 31/01/2015. Dopo tale data non sarà previsto nessun rimborso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La e meeting&consulting, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, la informa che i suoi dati verranno trattati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e nell'ambito delle finalità strettamente legate allo svolgimento dell'evento. Si informa che i dati sono oggetto di trattamento manuale ed informatico, evidenziando che lo stesso non avverrà per finalità diverse da quelle indicate nella presente informativa.

Autorizzo la e meeting&consulting al trattamento dei dati inseriti nel presente modulo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_