

SCHEDA DI ISCRIZIONE

(Compilare in stampatello o dattiloscrivere)

DATI PERSONALI

COGNOME		NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO (privato)			N.
C.A.P.	CITTÀ	PROV.	
TEL. (ab.)	FAX	CELL.	
E-Mail	Azienda Ospedaliera di appartenenza		

QUOTE DI ISCRIZIONE

Entro il 31 luglio 2007			
SOCI AARO/	€ 200,00	<input type="checkbox"/>	SOCI SIARED
NON SOCI	€ 300,00	<input type="checkbox"/>	INFERMIERI
			€ 200,00 <input type="checkbox"/>
			€ 80,00 <input type="checkbox"/>

Dopo il 31 luglio 2007			
SOCI AARO/	€ 250,00	<input type="checkbox"/>	SOCI SIARED
NON SOCI	€ 400,00	<input type="checkbox"/>	INFERMIERI
			€ 250,00 <input type="checkbox"/>
			€ 100,00 <input type="checkbox"/>

SPECIALIZZANDI: ingresso libero (previa presentazione del certificato aggiornato di iscrizione alla Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione)

Accompagnatore (Nome Cognome) _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

La quota di iscrizione dovrà essere versata esclusivamente tramite bonifico bancario sul conto corrente n. 18940 intestato alla S.I.A.R.E.D.
CIN: Q - ABI: 01005 - CAB: 03211 – presso la Banca Nazionale del Lavoro Agenzia 11 – Via Marsala, 4/6 - 00185 Roma con la causale obbligatoria: **“S.I.A.R.E.D. Iscrizione Congresso Napoli 2007”**.

La presente scheda, unitamente alla ricevuta del bonifico, dovrà essere inviata **entro il 14 settembre 2007: via posta** a Segreteria Nazionale SIARED – Via XX Settembre 98/E – 00187 Roma oppure **via fax** al seguente numero 06.23328733

Dopo tale data le iscrizioni potranno essere effettuate direttamente in sede congressuale.

Con l'invio del presente modulo autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 sulla privacy. Le informazioni saranno utilizzate per trasmettere i dati dei partecipanti richiesti dal Ministero della Salute per il rilascio dei crediti ECM.

Data _____

Firma _____