



**ISPO ITALIA – CORSO DI FORMAZIONE**

***“La mano neurologica post ictus cerebri e l’amputato d’arto superiore”***

*L’intervento multidisciplinare per ristabilire autonomia e partecipazione*

**ROMA (RM)**

**9 giugno 2018**

**SI PREGA DI COMPILARE LA PRESENTE SCHEDA IN TUTTE LE SUE PARTI IN STAMPATELLO**

Nome .....	Cognome .....	
Tel .....	Fax .....	Cell .....
e-mail .....		

Nato a .....	(Prov).....	il .....
Residente a .....		
Via/Piazza .....		
CAP .....	Provincia .....	
CF .....		
Posizione attuale .....		
Qualifica professionale .....	Anno Laurea.....	
Categoria Professionale.....		

**Il Congresso è a numero chiuso, è previsto l’accreditamento per un massimo di 60 partecipanti.**

**MYEVENT srl**

**SEDE LEGALE**

Vicolo di Colle Pisano snc - 00132 Roma

tel. +39 069448887 - fax +39 0689281786

e.mail: segreteria@myeventsrl.it - www.myeventsrl.it

**DATI FISCALI**

Partita IVA / Codice fiscale 10090571000

R.E.A. di Roma n. 1209438

Reg. Imp. di Roma n. 10090571000

capitale sociale euro 20.000,00 i.v.



Per iscriversi inviare il form di iscrizione debitamente compilato e firmato alla Segreteria Organizzativa via e-mail all'indirizzo [ispo@myeventsrl.it](mailto:ispo@myeventsrl.it) o via fax al numero +39 06 89281786.

E' previsto l'accreditamento per le seguenti figure professionali: Medico Chirurgo tutte le specialità, Fisioterapista, Tecnico Ortopedico e Terapista Occupazionale.

La conferma di accettazione sarà subordinata alla disponibilità dei posti al momento della ricezione della richiesta.

Il termine ultimo per l'invio del Form di Iscrizione alla Segreteria Organizzativa è fissato al **1° giugno 2018**

#### **QUOTE D'ISCRIZIONI**

- Iscrizione medici e specialità accreditate: € **60,00**

#### **QUOTA RISERVATA SOCI ISPO E SOCI AITO**

- Iscrizione Soci ISPO e Soci AITO: € **30,00**

#### **SI PREGA DI INDICARE LA QUOTA DI INTERESSE**

La quota di iscrizione comprende la partecipazione ai lavori scientifici, il kit congressuale e l'attestato di partecipazione.

#### **ISTRUZIONI PER IL PAGAMENTO**

Il versamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato a:

##### **DREAM PROJECT**

Banca Nazionale del Lavoro Ag. di Frascati  
IBAN IT 27 H 01005 39100 0000 0000 0605

Causale: CORSO MANO (inserire di seguito il nome del partecipante iscritto)

La contabile dovrà essere inviata contestualmente all'invio della scheda di iscrizione da compilare in tutte le sue parti inclusi dati di fatturazione, all'indirizzo e-mail [ispo@myeventsrl.it](mailto:ispo@myeventsrl.it) o via fax al numero +39 0689281786.

#### **IMPORTANTE**

L'iscrizione sarà considerata VALIDA solo a seguito della ricezione della scheda di iscrizione completa dei dati di fatturazione e della contabile di pagamento

#### **MYEVENT srl**

##### SEDE LEGALE

Vicolo di Colle Pisano snc - 00132 Roma  
tel. +39 069448887 - fax +39 0689281786  
e.mail: [segreteria@myeventsrl.it](mailto:segreteria@myeventsrl.it) - [www.myeventsrl.it](http://www.myeventsrl.it)

##### DATI FISCALI

Partita IVA / Codice fiscale 10090571000  
R.E.A. di Roma n. 1209438  
Reg. Imp. di Roma n. 10090571000  
capitale sociale euro 20.000,00 i.v.



### DATI DI FATTURAZIONE

Indicare i dati di fatturazione del soggetto che effettua il pagamento (obbligatori per il completamento dell'iscrizione)

COGNOME E NOME O DENOMINAZIONE SOCIALE.....

Via.....

Città..... CAP.....

CODICE FISCALE E/O PARTITA IVA.....

Firma ..... Data .....

Qualora l'iscrizione sia pagata e da fatturare ad azienda pubblica è necessario mandare il codice univoco per la fatturazione elettronica unitamente alla dichiarazione di esenzione.

### PRIVACY

In relazione all'informativa sul trattamento dei dati personali e sensibili autorizzo MYEVENT s.r.l. ad inserirli nella propria banca dati ed ad utilizzarli nel rispetto della normativa sulla privacy ai sensi dell'articolo 13 D.Lgs n. 196/2003. In qualsiasi momento avrò facoltà di chiederne la modifica o la cancellazione. Rilascio l'autorizzazione ad essere fotografato nello svolgimento delle attività didattiche durante i corsi organizzati da MYEVENT s.r.l.; alla eventuale pubblicazione delle fotografie scattate nello svolgimento delle attività didattiche su riviste interne e brochure informative della MYEVENT s.r.l. Rilascio l'autorizzazione a ricevere e-mail su corsi di formazione, eventi e congressi organizzati dalla MYEVENT srl.

Autorizzo il consenso al trattamento

Nego il consenso al

trattamento

Firma ..... Data .....

#### MYEVENT srl

##### SEDE LEGALE

Vicolo di Colle Pisano snc - 00132 Roma  
tel. +39 069448887 - fax +39 0689281786  
e.mail: segreteria@myeventsrl.it - www.myeventsrl.it

##### DATI FISCALI

Partita IVA / Codice fiscale 10090571000  
R.E.A. di Roma n. 1209438  
Reg. Imp. di Roma n. 10090571000  
capitale sociale euro 20.000,00 i.v.