X Congresso Nazionale IG-IBD

IG-IBD
the Italian Group for the study of Inflammatory Bowel Disease

RICCIONE, 28-30 novembre 2019

Cognome_____Nome_____

Qualifica_____

Indirizzo_____Cap_____Città_____Prov_____

Cell_____E-mail_____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
(obbligatorio ai sensi del D.L. Bersani 248/06)

Luogo e data di nascita_____

DATI PER LA FATTURAZIONE (se diversi dal partecipante) Nome Azienda/Ente/Istituto_____

Indirizzo_____Cap_____Città_____Prov____

Codice Fiscale_____ Partita IVA_____
(obbligatorio ai sensi del D.L. Bersani 248/06) (obbligatoria se esistente)

Codice SDI_____

QUOTE DI ISCRIZIONE (IVA 22% inclusa)

SOCIO IG-IBD

[_] **Congresso** . . . . . € 732.00

[_] **Congresso + 1 Corso Precongressuale**. . . . . .€ 854.00

[_] **SURGERY** [_] **DIET and NUTRITION** [_] **ENDOSCOPY** [_] **RICERCA DI BASE**

NON SOCIO IG-IBD

[_] **Congresso** . . . . . € 793.00

[_] **Congresso + 1 Corso Precongressuale**. . . . . .€ 915.00

[_] **SURGERY** [_] **DIET and NUTRITION** [_] **ENDOSCOPY** [_] **RICERCA DI BASE**

INFORMAZIONI: l'iscrizione al **Congresso** comprende la partecipazione ai lavori scientifici, i servizi ristorativi durante l'evento (coffee-break e lunch come da programma) e la partecipazione alla cena sociale del 29 novembre. L'iscrizione ai **Corsi Precongressuali** è a numero chiuso; sarà cura della segreteria dare conferma di disponibilità.

MODALITA' DI PAGAMENTO - BONIFICO BANCARIO

Health Meetings Group Srl - Banca Unicredit - **IBAN: IT18U0200804810000105466925-** si prega di indicare nella causale: "**X Congresso Naz. IG-IBD – cognome/nome**"

ISTRUZIONI: La presente scheda di iscrizione verrà considerata valida solo se compilata in ogni sua parte e accompagnata da relativo pagamento. Si prega di compilare in stampatello ed inviare per posta elettronica **entro il 15 Novembre 2019** a sara.covarelli@hmg.cloud. Saranno rimborsate solo le cancellazioni pervenute per iscritto alla Segreteria Organizzativa **entro il 15 Novembre 2019**, che daranno diritto ad un rimborso totale dell'importo versato, previa detrazione di € 50.00 per spese amministrative. Dopo tale data non sarà riconosciuto alcun rimborso. I rimborsi saranno effettuati entro i 60 giorni successivi alla fine dell'evento. La Segreteria Organizzativa provvederà ad inviare la conferma dell'avvenuta iscrizione tramite posta elettronica all'indirizzo indicato nel presente modulo.

RICHIESTA DI ESENZIONE IVA (art. 10DPR n.633/72 – art.14 – comma 10; legge n.537 del 24.12.1993)
Gli Enti Pubblici che desiderano richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota di iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne specifica richiesta, apponendo il proprio timbro nell'apposito spazio riportato. Non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro.

Timbro

Ai sensi del D.Lgs. 101/2018 per il consenso del trattamento dei dati personali, autorizzo il trattamento dei dati riportati, ai fini dell'iscrizione

Data_____**Firma**_____

HEALTH MEETINGS GROUP HMG

Health Meetings Group Srl
Via N. Machiavelli, 32 – 09129 Cagliari
Tel. 055 2052717 – Fax 055 4642286