COGNOME _____ NOME _____

QUALIFICA _____

INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTÀ _____ PV _____

CELL _____ E-MAIL _____

CODICE FISCALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*(OBBLIGATORIO AI SENSI DEL D.L. BERSANI 248/06)*

**DATI PER LA FATTURAZIONE (SE DIVERSI)**

AZIENDA/ENTE/ISTITUTO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTÀ _____ PV _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____ SDI _____

## QUOTE DI ISCRIZIONE

☐ SOCIO IG-IBD **€ 750,00 +IVA 22%** ☐ NON SOCIO IG-IBD **€ 800,00 +IVA 22%**

La quota di iscrizione comprende: iscrizione ad 1 Corso Precongressuale, la partecipazione ai lavori scientifici, i servizi ristorativi durante l'evento (coffee break e lunch come da programma), la partecipazione alla cena sociale del 28 Novembre. L'iscrizione ai Corsi Precongressuali è a numero chiuso; sarà cura della segreteria dare conferma di disponibilità.

DESIDERO ISCRIVERMI AL SEGUENTE CORSO PRECONGRESSUALE:

☐ Corso Precongressuale **Basic Science** "THINKING OUT OF THE BOX: INNOVATION AS A TOOL TO BREAK THE THERAPEUTIC CEILING"

☐ Corso Precongressuale di **Chirurgia** "6th Training Course on Surgery for IBD"

☐ Corso Precongressuale **Clinical Trials**

☐ Corso Precongressuale di **Endoscopia** "OPTIMAZING THE QUALITY OF ENDOSCOPY IN IBD: NEXT-GEN TOOLS AND HARMONY WITH AI"

☐ Corso Precongressuale di **Transizione** "LE IBD DALL'ETÀ PEDIATRICA ALL'ETÀ ADULTA"

☐ NESSUNO

**MODALITA' DI PAGAMENTO** - BONIFICO BANCARIO
HEALTH MEETINGS GROUP SRL - BANCA UNICREDIT - IBAN: IT43E0200804809000105466925
SI PREGA DI INDICARE NELLA CAUSALE: "XVI 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 14 Novembre 2025 a segreteria@hmg.cloud. Saranno rimborsate solo le cancellazioni pervenute per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro il 14 Novembre 2025, 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.

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