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 € 700,00 +IVA 22% ☐ NON SOCIO IG-IBD € 750,00 +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 29 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 di Anatomia Patologica

☐ Corso Precongressuale Basic Science. "AI and Machine Learning approaches in IBD research: from bench to bedside

☐ Corso Precongressuale di Chirurgia. "5th Training Course on Surgery for IBD"

☐ Corso Precongressuale di nutrizione. "Interdisciplinary Approach to Nutritional Assessment and Management in IBD"

☐ NESSUNO

MODALITA' DI PAGAMENTO - BONIFICO BANCARIO
HEALTH MEETINGS GROUP SRL - BANCA UNICREDIT - IBAN: **IT18U0200804810000105466925**
SI PREGA DI INDICARE NELLA CAUSALE: "XV 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 10 Novembre 2024 a segreteria@hmg.cloud. Saranno rimborsate solo le cancellazioni pervenute per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro il 10 Novembre 2024, 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