



# SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTI AIVPA 2009

da compilare ed inviare a: Medicina Viva Via Marchesi 26 D 43100 Parma - fax 0521-291314  
ALLEGARE COPIA DEL VERSAMENTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Tutte le quote sono IVA Inclusa

APPARTENENZA (barrare il <input type="checkbox"/> )	Seminario Ematologia e Citologia Cod. 1033	Congresso Annuale Obesità e dimagrimento Cod. 1006 <small>(le quote in sede subiranno una maggioraz. di € 30)</small>	Seminario Vie Urinarie Cod. 1031	Seminario Cardiologia Cod. 1034	Corso Dermatologia Cod. 1035	Seminario Anestesia Cod. 1034	Seminario Patologia Anca Cod. 1037	Corso Displasia Cod. 1038
<b>Da inviare entro il</b>	15.2.09	15.03.09	5.04.09	3.05.09	15.10.09	30.10.09	8.11.09	10.10.09
<b>Socio AIVPA (in regola 2009)</b>	<input type="checkbox"/> GRATUITO	<input type="checkbox"/> € 80,00	<input type="checkbox"/> € 50,00	<input type="checkbox"/> € 60,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 60,00	<input type="checkbox"/> € 60,00	<input type="checkbox"/> € 600,00
<b>Associazioni Scuole</b>	----	----	€ 50,00 <input type="checkbox"/> AIVDAO <input type="checkbox"/> GISPEV	€ 60,00 <input type="checkbox"/> CARDIEC	€ 330,00 <input type="checkbox"/> AIVPAFE <input type="checkbox"/> AIVDAO <input type="checkbox"/> CARDIEC <input type="checkbox"/> GISPEV <input type="checkbox"/> SITOV <input type="checkbox"/> Scuola Spec. Anim. d'Affe- zione Pisa	€ 60,00 <input type="checkbox"/> CARDIEC	----	
<b>Iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia (v. indicazione sul programma)</b>	----	<input type="checkbox"/> € 80,00 Prov. Perugia	<input type="checkbox"/> € 50,00 Prov. _____	<input type="checkbox"/> € 60,00 Prov. _____	<input type="checkbox"/> € 330,00 Prov. _____	<input type="checkbox"/> € 60,00 Prov. _____	<input type="checkbox"/> € 60,00 Prov. _____	
<b>Studente (Con adesione a Promoz. 09)</b>	----	<input type="checkbox"/> GRATUITO <input type="checkbox"/> suppl. Atti € 5 <input type="checkbox"/> suppl. Trad. Sim € 20	<input type="checkbox"/> GRATUITO	<input type="checkbox"/> GRATUITO	----	<input type="checkbox"/> GRATUITO	<input type="checkbox"/> GRATUITO	
<b>Studente (Senza adesione a Promoz. 09)</b>	----	<input type="checkbox"/> € 60,00	<input type="checkbox"/> € 30,00	<input type="checkbox"/> € 40,00	----	<input type="checkbox"/> € 40,00	<input type="checkbox"/> € 40,00	
<b>Neolaureato (anno 2008/2009)</b>	----	<input type="checkbox"/> € 60,00	<input type="checkbox"/> € 30,00	<input type="checkbox"/> € 40,00	<input type="checkbox"/> € 330,00 <small>(inclusa iscrizione AIVPA 2009)</small>	<input type="checkbox"/> € 40,00	<input type="checkbox"/> € 40,00	
<b>Socio del Club del Veterinario</b>	----	<input type="checkbox"/> € 220,00	<input type="checkbox"/> € 130,00	<input type="checkbox"/> € 160,00	<input type="checkbox"/> € 400,00	<input type="checkbox"/> € 160,00	<input type="checkbox"/> € 160,00	
<b>Altre categorie</b>	----	<input type="checkbox"/> € 250,00	<input type="checkbox"/> € 150,00	<input type="checkbox"/> € 180,00	<input type="checkbox"/> € 450,00	<input type="checkbox"/> € 180,00	<input type="checkbox"/> € 180,00	
<b>Supplementi</b>	----	<input type="checkbox"/> Master Class Sabato € 30,00	----	<input type="checkbox"/> Giornata d'approfondimento 17/5/09 € 30,00	----	----	----	
		<input type="checkbox"/> Master Class Domenica € 30,00						

Invio l'importo di € \_\_\_\_\_ tramite:

- Assegno bancario o vaglia postale intestato a **Medicina Viva** - Via Marchesi 26 D - 43100 Parma  
 Bonifico bancario intestato a **Medicina Viva** - Servizio Congressi CARISBO Filiale "Parco Ducale"  
 IBAN IT 40 V 06385 12701 07401840369H Swift/Bic IBSPIT2B

Specificare sulla causale nel vaglia / bonifico: Iscrizione Dr. \_\_\_\_\_ - cod. \_\_\_\_\_  
 Si prega di NON effettuare bonifico/vaglia/ assegno unico per Iscrizione Congresso e Quota associativa AIVPA.

DATI PER LA FATTURAZIONE (da compilare solo se diversa dall'intestatario)	
Ragione Sociale _____	
Indirizzo _____	
CAP _____	Città _____
P.IVA _____	Codice Fiscale _____
e-mail: _____	(la fattura verrà spedita tramite email in formato pdf)

Informativa: Ai sensi del D.lgs n. 196/03 si informa che i Suoi dati personali acquisiti tramite il presente coupon/modulo saranno trattati, con l'utilizzo anche di strumenti elettronici, unicamente per finalità connesse allo svolgimento del Convegno. Il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario, la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle prestazioni richieste. I dati saranno trattati unicamente da personale incaricato (addetti di amministrazione e di segreteria), a istituti di bancari, a soggetti ai quali la comunicazione risulta necessaria per legge e al Ministero della Salute ai fini ECM. I Suoi dati potranno essere comunicati ad hotel, agenzie viaggio, compagnie aeree e marittime i suddetti dati potranno essere utilizzati anche per informarLa dei nostri futuri eventi se esprimerà il Suo consenso per tale finalità. Le ricordiamo infine che Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/2003 in particolare, il diritto di accedere ai Suoi dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, rivolgendo le richieste al responsabile per il riscontro all'interessato Dr. Franco Aiello. Il titolare è MEDICINA VIVA Servizio Congressi SpA con sede in Via Marchesi 26 D - 43100 Parma.

Consenso al trattamento dei dati personali

SI  NO

Consenso all'invio tramite e-mail o fax di materiale informativo.

SI  NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_