

M A N I F E S T A Z I O N I 2 0 0 9

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ P. IVA _____

Nato a _____ () il _____

e-mail _____

Tel _____ Fax _____

Le quote si intendono IVA inclusa.

Appartenenza	Corso Riproduzione Cane e gatto cod. 1023	Corso Diagnostica per immagini Cod. 1022	Congresso Nazionale Med. Felina Cod. 1020	1° Corso Ematologia Perugia Cod. 1024	2° Corso Citologia e Ematologia Torino Cod. 1021	3° Corso Citologia Perugia 2010 Cod. 1124	Iscrizione PERCORSO EMATOLOGIA E CITOLOGIA (3 corsi) Cod. 1124 2009 / 2010
Da inviare entro il	25/1/09 Max 30 iscritti	28/2/09 Max 30 iscritti	12/9/09	8/5/09 Max 30 iscritti	9/10/09 Max 30 iscritti	Max 30 iscritti	Max 30 iscritti
Socio AIVPAFE	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 750,00
Socio AIVPA	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 70,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 750,00
Socio AIVDAO Socio CARDIEC Socio GISPEV Socio SITOV	<input type="checkbox"/> € 330,00	<input type="checkbox"/> € 330,00	<input type="checkbox"/> € 70,00	<input type="checkbox"/> € 330,00	<input type="checkbox"/> € 330,00	<input type="checkbox"/> € 330,00	<input type="checkbox"/> € 840,00
Iscritto ODV Patrocinanti (v.programma)	<input type="checkbox"/> € 330,00 Prov _____	<input type="checkbox"/> ODV Parma € 330,00	<input type="checkbox"/> € 60,00 Prov _____	<input type="checkbox"/> € 330,00 Prov _____	<input type="checkbox"/> € 330,00 Prov _____	<input type="checkbox"/> € 330,00 Prov _____	<input type="checkbox"/> € 840,00
Studente	<input type="checkbox"/> Iscritto Scuola spec. in animali d'affezione di Pisa € 330,00	-	<input type="checkbox"/> € 15,00	-	-	-	-
Neolaureato (anno 08/09)	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 40,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 750,00
Socio Club del Veterinario	<input type="checkbox"/> € 400,00	<input type="checkbox"/> € 400,00	<input type="checkbox"/> € 135,00	<input type="checkbox"/> € 400,00	<input type="checkbox"/> € 400,00	<input type="checkbox"/> € 400,00	<input type="checkbox"/> € 1.050,00
Altre categorie	<input type="checkbox"/> € 450,00	<input type="checkbox"/> € 450,00	<input type="checkbox"/> € 150,00	<input type="checkbox"/> € 450,00	<input type="checkbox"/> € 450,00	<input type="checkbox"/> € 450,00	<input type="checkbox"/> € 1.200,00

Invio pertanto l'importo di € _____ (allegando copia della ricevuta del versamento) tramite:

Assegno bancario vaglia postale Da intestare o spedire a: **Medicina Viva spa - Via Marchesi 26/D - 43100 Parma.**

Bonifico bancario intestato a: **Medicina Viva CARISBO Ag. Parco Ducale IBAN IT40 V 06385 12701 07401840369H Swift /Bic IBSPIT2B**

Specificare nella causale del vaglia/bonifico: nome partecipante _____ /cod. _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

P.IVA _____ Codice fiscale _____

E-mail _____ (la fattura verrà spedita in formato .pdf)

Ai sensi del D.lgs n. 196/03 si informa che i Suoi dati personali saranno trattati, con l'utilizzo anche di strumenti elettronici, per finalità connesse allo svolgimento dell'evento. Il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario, la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle prestazioni richieste. I Suoi dati saranno trattati da personale incaricato (addetti di amministrazione e di segreteria), e potranno essere comunicati a soggetti ai quali la comunicazione risulti necessaria per legge, al Ministero della Salute ai fini ECM, a soggetti connessi allo svolgimento dei servizi relativi all' evento (es hotel, agenzia di viaggio etc, ed ad AIVPAFE . Previo consenso, i suddetti dati potranno essere utilizzati anche per informarLa dei nostri futuri eventi. 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, chiederne rettifica, aggiornamento e/o cancellazione, rivolgendo richiesta al responsabile per il riscontro all'interessato, Dott. Franco Aiello. Il titolare è Medicina Viva Servizio Congressi Spa. Via Marchesi 26 D, 43100 Parma.

Consenso al trattamento dei dati personali

acconsento non acconsento

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

acconsento non acconsento

Data _____ firma _____