



I CONGRESSO NAZIONALE Co.Na.Me.Co.  
**“MEDICO COMPETENTE: DIFFICOLTA' E SPERANZA”**  
 Torino, 10 e 11 settembre 2010  
 Holiday Inn Turin

## Scheda di Iscrizione

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Dott. Giuseppe Orrù  
 Frakt. St Konstantin, 71 – 39050 Völs A.S. (BZ) Tel. 3358108791 Fax. 04711920421  
 E-mail: [segretario@conameco.it](mailto:segretario@conameco.it)

### DATI PERSONALI

Relatore / Moderatore     Congressista     Specializzando e/o < 35 anni

|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |     |  |  |  |       |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|-----|--|--|--|-------|--|--|--|
| Codice Fiscale: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |     |  |  |  |       |  |  |  |
| Cognome         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Nome           |  |     |  |  |  |       |  |  |  |
| Professione     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Disciplina     |  |     |  |  |  |       |  |  |  |
| Istituzione     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |     |  |  |  |       |  |  |  |
| Tel. privato    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tel. cellulare |  |     |  |  |  |       |  |  |  |
| E-mail          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Fax            |  |     |  |  |  |       |  |  |  |
| Indirizzo       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |     |  |  |  |       |  |  |  |
| Comune          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  | CAP |  |  |  | Prov. |  |  |  |

Le informazioni riportate sulla scheda di iscrizione vengono trasmesse al Ministero della Salute. Ai fini ECM, è quindi interesse del partecipante verificare che le informazioni trascritte siano complete e corrette.

### DATI PER LA FATTURAZIONE

|                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |       |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|-------|--|--|--|
| Intestazione/Ragione Sociale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |       |  |  |  |
| Indirizzo                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |       |  |  |  |
| Comune                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CAP |  |  |  | Prov. |  |  |  |
| Codice Fiscale:              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |       |  |  |  |
| Partita IVA:                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |       |  |  |  |

La scheda di iscrizione sarà ritenuta valida esclusivamente se:

- compilata in ogni sua parte
- inviata entro la data ultima di scadenza (31 agosto 2010)
- completa del relativo pagamento (assegno o copia del bonifico bancario)

Non sono ammesse iscrizioni o prenotazioni telefoniche. Le schede incomplete o prive del relativo pagamento saranno considerate nulle.

**QUOTE DI ISCRIZIONE (IVA compresa)**

| Barrare la condizione sotto riportata |  | Entro il<br>31/05/10 | Entro il<br>31/07/10 | Dopo il<br>31/07/10 |
|---------------------------------------|--|----------------------|----------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/>              | Iscritti Co.Na.Me.Co. e/o AIRM *   | 130,00               | 160,00               | 190,00              |
| <input type="checkbox"/>              | Non iscritti   | 200,00               | 230,00               | 260,00              |
| <input type="checkbox"/>              | Specializzandi e/o di età < 35 anni (Iscritti<br>Co.Na.Me.Co. e/o AIRM) * **     | 80,00                | 110,00               | 140,00              |
| <input type="checkbox"/>              | Specializzandi e/o di età < 35 anni (Non Iscritti<br>Co.Na.Me.Co. e/o AIRM) * ** | 150,00               | 180,00               | 210,00              |
| <input type="checkbox"/>              | Partecipazione giornaliera<br>(senza ECM)  | 60,00                | 90,00                | 120,00              |

\*Allegare documento, \*\*Allegare attestato

La presente scheda di iscrizione - debitamente compilata - deve essere inviata via fax o spedita alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre il 31 agosto 2010. Dopo tale data sarà possibile iscriversi esclusivamente in sede congressuale. La rinuncia alla partecipazione, da comunicare per iscritto, via fax o e-mail alla Segreteria Organizzativa, entro il 31 agosto 2010, dà diritto al rimborso del 50% della quota versata. Dopo tale data, non sarà possibile effettuare alcun rimborso. La conferma dell'avvenuta iscrizione seguirà la modalità di "silenzio / assenso"

**, METODI DI PAGAMENTO**

Assegno bancario non trasferibile

Intestato a **Coordinamento nazionale medici competenti** (da inviare obbligatoriamente via posta insieme alla presente scheda debitamente compilata)

Bonifico Bancario c/c intestato a **Coordinamento nazionale medici competenti**

**presso: Banco Posta, sede di Bolzano**

Codice IBAN: IT 93 D 07601 11600 000093196269

Inviare l'assegno o la copia del bonifico a:

**SEGRETARIA ORGANIZZATIVA: Dott. Giuseppe Orrù**

**Frakt. St Konstantin, 71 – 39050 Völs A.S. (BZ) Tel. 3358108791 Fax. 04711920421**

**E-mail: [segretario@conameco.it](mailto:segretario@conameco.it)**

Il Decreto Legislativo del 30/06/03 n. 196 tutela il diritto di privacy sui dati personali raccolti con questa scheda. Autorizzo l'inserimento dei miei dati in liste per ricevere materiali informativi legati alla presente e ad altre manifestazioni promosse dal Co.Na.Me.Co.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONTRIBUTO SCIENTIFICO**

Sono responsabile della comunicazione

Orale

Poster

Dal titolo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_