

3RD MEETING CARDIORISONANZA

NOVEMBER 22-23, 2012

ATAHOTEL EXECUTIVE, Viale Don Luigi sturzo, 45 Milan

REGISTRATION FORM - SCHEDA DI ISCRIZIONE – To be sent to (da inviare a):

I.P. Idea Promotion sas – Ph.: 02/48029418 r.a. – Fax: 02/36538589 – Cel.: 331 7851707 – ip@ideapromotion.com

Please, fill in this form using block letters – (si prega di scrivere in stampatello)

FIRSTNAME – (Nome) Last name (Cognome)

HOME ADDRESS (domicilio) SPONSORING COMPANY (azienda sponsor).....

ADDRESS(via)..... ZIP CODE(cap.)..... CITY(città).....

COUNTRY (nazione)..... PHONE (telefono) MOBILE PHONE (cellulare).....

EMAIL@

*Cod. Fiscale/Partita IVA (for Italian residents only)

* Required fields for receipt of the invoice (*campi obbligatori per il ricevimento della fattura*)

REGISTRATION FEE (Quota di iscrizione):

	By October 15 (entro il 15 Ottobre)	After October 15 (dopo il 15 Ottobre)
Physician (Medico)	<input type="checkbox"/> € 250,00 + IVA/VAT	<input type="checkbox"/> € 300,00 + IVA/VAT
Technician (tecnico)	<input type="checkbox"/> € 180,00 + IVA/VAT	
Trainee (specializzando)	<input type="checkbox"/> € 180,00 + IVA/VAT	
N. 2 LIGHT BUFFET	<input type="checkbox"/> € 50,00 + IVA/VAT	

- Billing and validation of fee will be made only after payment of the same (La fatturazione e la convalida delle quote sarà effettuata solo dopo il pagamento della stessa)
- Registration fees already billed will be not canceled (Le quote di iscrizione già saldate non potranno essere cancellate)

Registration fee paid by Hospitals or Local Health Authorities: if they were not able to send a copy of the bank transfer together with the registration form, the fee must be paid in advance by the participant (**Iscrizioni a carico di ASL e Aziende Ospedaliere: qualora l'ASL/AO non fosse in grado di inviare unitamente alla scheda di iscrizione il pagamento, la quota dovrà essere anticipata dal partecipante**)

AMOUNT (Totale) €.....

PAYMENT METHOD (Modalità di pagamento)

BY BANK TRANSFER (Bonifico bancario): Banca Popolare Commercio & Industria – Ag. di Rho (MI)
IBAN: IT 54 T 05048 20502 0000 0000 4741

by credit card (carta di credito): VISA MASTERCARD MAESTRO

Card nr. (Carta N°) expiration date (Data di scadenza)

Credit card holder (Titolare della carta)Signature of the holder (Firma del titolare)

Privacy - Italian Law nr. 196/2003 - We warrant complete privacy on personal data. They will be used only for communications concerning the meeting organization.

Legge sulla privacy n° 196/2003 - Verrà garantita la riservatezza dei dati personali, che verranno usati esclusivamente per comunicazioni inerenti all'organizzazione del convegno

DATE (Data) SIGNATURE (Firma)