

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

**6° CORSO RESIDENZIALE DI PERFEZIONAMENTO NELLA DIAGNOSI E TERAPIA DELLE MALATTIE NEUROMUSCOLARI**

Messina, AOU Policlinico "G. Martino", 3-6 dicembre 2012

**MALATTIE RARE: CONVEGNO SU GESTIONE E PRESA IN CARICO GLOBALE DELLE MALATTIE NEUROMUSCOLARI**

Messina, AOU Policlinico "G. Martino", 6-7 dicembre 2012

**DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE ED INVIARE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
ENTRO E NON OLTRE IL 25 NOVEMBRE 2012**

COGNOME \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
QUALIFICA \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_  
TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_

### DATI DI FATTURAZIONE (OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_  
COD. FISC. \_\_\_\_\_  
P. IVA \_\_\_\_\_

#### RISERVATO ALLE SOLE AZIENDE OSPEDALIERE

Richiesta di esenzione IVA (art. 10 comma 20 D.P.R. 633/72) Gli Enti Pubblici che desiderino richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota d'iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne specifica richiesta barrando e apponendo il proprio timbro nello spazio di seguito riportato. Non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro.

**Timbro** \_\_\_\_\_

### QUOTE DI ISCRIZIONE

- Corso dal 3 al 6 dicembre** € 800,00 + Iva 21% (Totale € 968,00)  
Riservato ad un massimo di 30 partecipanti. La quota di iscrizione include il CD delle relazioni, i coffee break, le colazioni di lavoro, la cena sociale di giovedì 6 dicembre e da diritto di partecipare al Convegno (6-7 dicembre).
- Solo Convegno 6-7 dicembre 2012** € 80,00 + 21% (Totale € 96,00)

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Bonifico bancario** a: Lisciotta Turismo srl – Monte dei Paschi di Siena Messina  
**IBAN: IT 85 S 010301650000002195045** indicando in causale "Iscrizione malattie neuromuscolari del dott. ...." ed allegare copia del bonifico alla presente scheda.
- Carta di credito  VISA  MASTERCARD  
Il sottoscritto ..... autorizza l'addebito di € .....  
Sulla carta di credito N° ..... scadenza .....  
Titolare della carta ..... Firma .....

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: LISCIOTTO TURISMO SRL - Ufficio Congressi**

**Via Camiciotti, 8 – 98122 Messina - Tel 090 29 82 262 – Fax 090 29 29 890 - meetings@lisciotto.it**

Autorizzo la Lisciotta Turismo srl ad inserire i miei dati nelle sue liste, per fini relativi alla organizzazione dell'evento. In ogni momento a norma della L. 196/03 potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi gratuitamente al loro utilizzo.

**DATA**

**FIRMA**