

IV Corso Nazionale

La gestione multidisciplinare e multiprofessionale dell'OSAS in età adulta

11-14 Marzo 2020 - Treviso (BHR Treviso Hotel)

Scheda Iscrizione

Inviare la presente con copia del bonifico o assegno a:
segreteria@samacongressi.it oppure al Fax: 090.6811318

Dati Personali

Cognome e Nome.....
Professione.....Disciplina.....
Indirizzo.....
Città.....Prov.....C.A.P.....
Cellulare.....E-mail.....

Dettagli Iscrizione

Barrare	Descrizioni	Costo
	Quota iscrizione Medico	€ 1.300,00 + IVA 22%
	* Quota iscrizione Medico - Socio SIP/IRS (Società Italiana di Pneumologia)	€ 1.100,00 + IVA 22%
	Quota iscrizione Odontoiatra	€ 500,00 + IVA 22%
	* Quota iscrizione Odontoiatra - Socio SIMSO (Società Italiana Medicina del Sonno Odontoiatrica)	€ 400,00 + IVA 22%
	Quota iscrizione Tecnico di Neurofisiopatologia, Fisioterapista e Infermiere	€ 400,00 + IVA 22%
	* Quota iscrizione Tecnico di Neurofisiopatologia - Socio AITN (<i>Associazione Italiana Tecnici di Neurofisiopatologia</i>)	€ 250,00 + IVA 22%
	Pernottamento c/o BHR Treviso Hotel Camera DUS Classic trattamento BB IN 11/03- OUT 14/03 Tassa di Soggiorno da saldare direttamente alla struttura al momento del check-out	€ 330,00 + IVA 10%
	TOTALE	

L'iscrizione comprende:

Partecipazione al corso RES, kit congressuale, attestato ECM, n. 4 coffee breaks, n. 3 light lunches, n. 3 cene:

- Per i medici, previo esito positivo dell'esame di fine corso, certificato di "Medico esperto nella gestione del soggetto OSAS"
- Per gli odontoiatri, tecnici di neurofisiopatologia, fisioterapisti e infermieri "Attestato di Alta formazione sull'OSAS"

* le tariffe scontate sono usufruibili nel solo caso il partecipante provveda personalmente alla propria iscrizione (sono escluse le sponsorizzazioni)

Modalità di Pagamento

Bonifico bancario intestato a:
SA.MA. Service & Congress
IBAN: IT 36H0306916503100000000861
Casuale: Iscrizione OSAS Treviso + "Nome Cognome" + "Qualifica"

Fatturazione

Intestazione.....
Indirizzo.....
Città.....Prov.....C.A.P.....
Telefono.....E-mail.....
Codice Fiscale/P.IVA..... Cod.Dest.....

Data _____

Firma _____

* Legge 675/96, art. 11 sulla tutela dei dati personali:

ai sensi della legge suindicata, il sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione di comunicazioni a carattere informativo e organizzativo. Il sottoscritto potrà in ogni momento esercitare i propri diritti, come dell'art. 13, ed opporsi al trattamento dei propri dati custoditi presso la sede della ditta SA.MA. Service & Congress.

Data _____

Firma _____