

SCHEDA DI ISCRIZIONE 8° CONGRESSO NAZIONALE A.I.M.O.

Si prega di compilare la scheda di iscrizione in tutte le sue parti ed inviarla con copia dell'avvenuto pagamento via mail a info@jaka.it oppure al n. di fax **+39 06 35341535**.

Verranno considerati iscritti solo coloro che avranno provveduto al pagamento della quota di iscrizione.

Nome _____ Cognome _____

Categoria professionale _____

Indirizzo _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ E-mail _____ Cell. _____

Codice Fiscale _____

DATI DI FATTURAZIONE

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

P. IVA/Codice Fiscale _____

QUOTE DI ISCRIZIONE IVA 22% INCLUSA (barrare la casella prescelta)

	Entro il 31/08/2017	Dal 01/09/2017
<input type="checkbox"/> Socio AIMO*	Free	Free
<input type="checkbox"/> Non Socio	160,00	190,00
<input type="checkbox"/> Ortottista (su presentazione di certificato che attesti la loro qualifica)	70,00	90,00
<input type="checkbox"/> Infermiere (su presentazione di certificato che attesti la loro qualifica)	70,00	90,00
<input type="checkbox"/> Specializzandi (su presentazione di certificato che attesti la loro qualifica)**	Free	Free
<input type="checkbox"/> Studenti (su presentazione di certificato che attesti la loro qualifica)**	Free	Free

* In regola con la quota associativa del 2017

** L'iscrizione è gratuita per gli specializzandi dietro presentazione di autocertificazione attestante l'iscrizione alla scuola di specializzazione per l'Anno Accademico 2016/2017.

SI PREGA DI SELEZIONARE I CORSI E/O I PERCORSI PRESCELTI

CORSI IN CONTEMPORANEA GIOVEDÌ 26 OTTOBRE

<input type="checkbox"/> ore 10.00-13.00	SALA EFESO	SIMPOSIO GOAL
<input type="checkbox"/> ore 10.00-13.00	SALA SPALATO	AGGIORNAMENTI SULLA BIOMETRIA
<input type="checkbox"/> ore 10.00-13.00	SALA MERIDA	GLI STRABISMI DELL'ADULTO
<input type="checkbox"/> ore 15.00-18.00	SALA EFESO	MANAGEMENT DELLE URGENZE CHIRURGICHE
<input type="checkbox"/> ore 15.00-18.00	SALA SPALATO	RETINA MEDICA

CORSI IN CONTEMPORANEA VENERDÌ 27 OTTOBRE

<input type="checkbox"/> ore 9.00-13.00	SALA EFESO	CHIRURGIA IN DIRETTA E VIDEOCHIRURGIA
<input type="checkbox"/> ore 9.00-12.30	SALA MERIDA	LA CHIRURGIA PALPEBRALE "FACILE" E LE URGENZE PALPEBRALI
<input type="checkbox"/> ore 14.30-17.30	SALA MERIDA	SIMPOSIO S.I.O.L.

PERCORSI FORMATIVI

<input type="checkbox"/> giovedì ore 10.00-13.00	SALA POLA	venerdì ore 14.30-17.30	SALA SPALATO	CORNEA (rosa)
<input type="checkbox"/> giovedì ore 15.00-18.00	SALA MERIDA	venerdì ore 14.30-17.30	SALA SABRATHA	GLAUCOMA (giallo)
<input type="checkbox"/> venerdì ore 9.00-12.30	SALA POLA	venerdì ore 14.30-17.30	SALA POLA	IPOVISIONE (verde)
<input type="checkbox"/> giovedì ore 15.00-18.00	SALA POLA	venerdì ore 9.00-12.30	SALA SPALATO	PROBLEMATICHE REFRAKTIVE (arancione)

I corsi sono a numero chiuso, le iscrizioni verranno registrate in base alla data di prenotazione. La quota di partecipazione dà diritto a: partecipazione alle sessioni scientifiche, kit congressuale e attestato di partecipazione. Le quote non sono rimborsabili.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

BONIFICO BANCARIO intestato alla Jaka Congressi S.r.l. IBAN IT 48 L 02008 05283 000004714280 "Unicredit Banca". Causale: *Iscrizione 8° Congresso Nazionale AIMO*

CARTA DI CREDITO:



Carta di credito nr. _____ Data di scadenza _____ (mese/anno) - Security code _____

Nome e Cognome dell'Intestatario (in stampatello) _____

Autorizzo la Jaka Congressi SRL a prelevare dalla mia carta di credito la somma di € _____ per l'iscrizione al Congresso.

Firma leggibile dell'intestatario (valida come autorizzazione) _____

Autorizzo la Jaka Congressi Srl - Via della Balduina 88 - Roma al trattamento dei dati da me comunicati esclusivamente ai fini dell'espletamento delle pratiche amministrative.

Data _____ Firma _____

Legge sulla Privacy - Ai sensi del D.Lgs. 196/2003

Vi informiamo che, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 i dati personali sopra forniti attraverso la compilazione della presente scheda di iscrizione, potranno formare oggetto di trattamento in relazione allo svolgimento di questo evento. I dati, il cui conferimento è facoltativo, verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e riservatezza. L'ambito di trattamento sarà limitato al territorio italiano e i dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a: 1. soggetti che in collaborazione con il titolare abbiano partecipato all'organizzazione di questa iniziativa; 2. soggetti che partecipano a questa iniziativa come relatori; 3. enti collegati. I dati verranno trattenuti per tutta la durata e anche successivamente per l'organizzazione e lo svolgimento di analoghe iniziative. Voi potrete in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 7 e ss. del D.Lgs 196/2003 e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettifica, l'aggiornamento e l'integrazione dei vostri dati, nonché apporvi al loro utilizzo per le finalità indicate. Titolare dei sopraindicati trattamenti è Jaka Congressi Srl, con sede in Via della Balduina, 88 Roma. Responsabile del trattamento è l'Amministratore Unico di Jaka Congressi Srl. I dati saranno trattati dagli incaricati appartenenti alle seguenti aree: Organizzazione Congressi, Amministrazione, Segreteria, Direzione.

Consenso al trattamento dei dati

Il sottoscritto _____
dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e di esprimere il suo consenso previsto dagli art. 23 e ss. della citata legge, al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa.

Data _____ Firma _____