



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

Provider ECM Nazionale Standard n. 670

XXIX Congresso
Nazionale 2016

Torino 26-27-28 Maggio
Centro Congressi Lingotto



SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO FORMATIVO

**Evento registrato in ECM - Disciplina Medicina del lavoro e Sicurezza negli ambienti di lavoro
con il riconoscimento di 20 Crediti ECM.**

Cognome **																									
Nome **																									
Luogo di nascita **		Data di nascita **																							
Residenza ** (Indirizzo - Via)																									
Città **	Prov. **	CAP **																							
Tel.	Fax	Cell. **																							
e-mail **																									
Codice Fiscale **																									
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									
Professione **																									
Medico / Medico del lavoro <input type="checkbox"/> Altro (specificare):																									
Iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di N° di iscrizione:																									
Libero professionista ** <input type="checkbox"/> Dipendente ** <input type="checkbox"/>																									
Partita IVA **																									
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									
Sponsorizzato SI** <input type="checkbox"/> NO** <input type="checkbox"/>																									
Socio ANMA 2016 SI** <input type="checkbox"/> NO** <input type="checkbox"/>																									

N.B.: TUTTI I CAMPI ** SONO OBBLIGATORI PER L'ISCRIZIONE ECM

PRIVACY: I dati forniti con la presente scheda, indispensabili per l'acquisto dei crediti ECM, saranno trattati da ANMA ai sensi del D.Lgs. 196/2003 per l'invio di documentazione o di informazioni e saranno comunicati ad Age.Na.S. per la procedura di accreditamento.

Accetto Non accetto

Data _____

Firma _____

Modalità di iscrizione e pagamento

L'iscrizione può essere effettuata inviando la scheda compilata in ogni sua parte a mezzo fax al numero **02 86913115** o via e-mail all'indirizzo **anma_formazione@mclink.it** **ENTRO E NON OLTRE il 8 maggio 2016** e si intende valida solo se corredata di ricevuta di pagamento che deve essere effettuato esclusivamente tramite:

Bonifico Bancario intestato ad ANMA causale "**Congresso Nazionale ANMA - 2016**"
Banca Popolare di Sondrio Sede di MILANO
IBAN IT55V0569601600000014539X22

Il Corso è a numero chiuso (max. 400 partecipanti).

Le iscrizioni verranno accettate in ordine cronologico di arrivo e fino ad esaurimento dei posti disponibili, dando priorità agli iscritti ANMA in regola con la quota associativa 2016, e si intenderanno valide se confermate dalla Segreteria ANMA.

La Segreteria si riserva un tempo minimo di 48 ore per la verifica della regolarità dell'iscrizione.

Quote di iscrizione

Euro 300,00 (Esente IVA) per i Soci ANMA 2016

Euro 400,00 (Esente IVA) per i non associati

Rinuncia e rimborso: L'iscrizione è vincolante se non disdettata a mezzo fax o lettera raccomandata, inviati ad ANMA Via S. Maurilio, 4 - 20123 Milano, entro il **8 maggio 2016**.

In caso di disdetta nei termini sopra indicati, la somma versata dal partecipante verrà interamente restituita.

In caso di disdetta non segnalata nei termini sopra indicati o di mancata partecipazione al Corso, ANMA è autorizzata a trattenere la quota per intero.

Fatturazione

(compilare solo se non Socio ANMA e/o se la quota di iscrizione è versata da persona giuridica):

DENOMINAZIONE SOCIALE

INDIRIZZO FISCALE

C.F./ P. IVA

INDIRIZZO e-mail
