

# SCHEDA DI ISCRIZIONE MEDICO

## CONGRESSO NAPOLI 2017

*Evento in fase di accreditamento ECM - Disciplina Medicina del lavoro e Sicurezza negli ambienti di lavoro. Crediti formativi previsti: 20 - in attesa di conferma.*

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> </tr> </table>																						
PROFESSIONE *																						
MEDICO DEL LAVORO <input type="checkbox"/> MEDICO / 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> </tr> </table>																						
SPONSORIZZATO SI * <input type="checkbox"/> NO * <input type="checkbox"/>																						
SOCIO ANMA 2017 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 CONGRESSO NAPOLI 2017

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 7 maggio 2017** 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 – NAPOLI 2017**"  
Banca Popolare di Sondrio Sede di MILANO  
IBAN IT55V0569601600000014539X22

Numero partecipanti: 400

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 2017, 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 275,00 (Esente IVA)	per i Soci ANMA 2017
	euro 375,00 (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 **7 maggio 2017**.

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 Congresso, 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

---

---

---

---