

# LA CLINICA DELLE DIPENDENZE

9-10-11 ottobre MILANO 2019

da inviare entro **martedì 1 ottobre 2019** via fax al n. **031.751525** a Segreteria Organizzativa  
EXPOPOINT - Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co) - Tel. 031 748814 - Fax 031 751525 - e-mail: federserd@expopoint.it

## DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_  DIPENDENTE  CONVENZIONATO  LIBERO PROFESSIONISTA

Nome \_\_\_\_\_ ISCRITTO ORDINE/  
COLLEGIO/ASS. PROF.LI \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_ specificare se esente IVA  SI  NO

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Tel. Ente \_\_\_\_\_

Socio FeDerSerD 2019  NO  SI

### INTESTAZIONE FATTURA

Dati personali  Azienda sponsor  ASL/Ente P.A.

Da compilare obbligatoriamente se i dati per la fattura sono diversi da quelli personali; in caso di fatturazione ASL/Ente P.A. è obbligatorio allegare copia dell'autorizzazione rilasciata dalla ASL/Ente P.A. In assenza di autorizzazione scritta l'iscrizione non sarà ritenuta valida e sarà necessario il pagamento individuale della quota di partecipazione includendo la quota di iva.

Azienda/Ente/Ospedale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In caso di Fattura a Ente Pubblico Dati aggiuntivi da compilare obbligatoriamente:  
Cod. UNIVICO o IPA \_\_\_\_\_ CIG e/o CUP ove previsto \_\_\_\_\_  
Nr. Determina o Nr. Ordine autorizzazione pagamento \_\_\_\_\_

## ISCRIZIONE CONGRESSO CON CREDITI ECM e CREDITI ASSISTENTI SOCIALI

<input type="checkbox"/> Soci FeDerSerD anno 2019 medico e psicologo	partecipazione gratuita	_____
<input type="checkbox"/> Soci FeDerSerD anno 2019 altre professioni	partecipazione gratuita	_____
<input type="checkbox"/> Non soci FeDerSerD medico e psicologo	Euro 100,00 (+IVA se dovuta)	_____
<input type="checkbox"/> Non soci FeDerSerD altre professioni	Euro 60,00 (+IVA se dovuta)	_____
<input type="checkbox"/> Studenti	Euro 20,00 (+IVA se dovuta)	_____

*Il pagamento della quota di iscrizione al Congresso per tutti e tre i giorni include il tesseramento alla Federazione per l'anno in corso e per il 2020 (nel caso non si desideri essere Socio FeDerSerD 2019/20 è possibile mandare una comunicazione mail a federserd@expopoint.it indicando nome e cognome con la richiesta di non essere inserito ne i soci)*

## ISCRIZIONE SINGOLA GIORNATA SENZA CREDITI ECM e CREDITI ASSISTENTI SOCIALI

<input type="checkbox"/> ISCRIZIONE – mercoledì 9 ottobre 2019 - Giornata Inaugurazione Congresso		_____
<input type="checkbox"/> Operatori Professionali non soci, senza crediti formativi	Euro 30,00 (+IVA se dovuta)	_____
<input type="checkbox"/> ISCRIZIONE – giovedì 10 ottobre 2019		_____
<input type="checkbox"/> Operatori Professionali non soci, senza crediti formativi	Euro 50,00 (+IVA se dovuta)	_____
<input type="checkbox"/> ISCRIZIONE – venerdì 11 ottobre 2019		_____
<input type="checkbox"/> Operatori Professionali non soci, senza crediti formativi	Euro 40,00 (+IVA se dovuta)	_____

## CENA SOCIALE FEDERSERD

Sì, intendo partecipare alla Cena Sociale di **giovedì 10 ottobre** al costo di Euro 75,00 \_\_\_\_\_

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

totale Euro

Allego copia dell'avvenuto pagamento della prenotazione alberghiera e scheda di iscrizione effettuato tramite:

bonifico bancario a favore di Expo Poin sas - Segreteria FeDerSerD: cod. IBAN IT96 B056 9651 0900 0000 3270 X63 Banca Popolare di Sondrio  
Agenzia di Carimate (Co) - cin B - abi 05696 - cab 51090 - causale: FeDerSerD congresso nazionale MILANO 2019

data \_\_\_ / \_\_\_ /2019 firma \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) - Titolare del trattamento dei dati è EXPOPOINT SAS. I dati saranno trattati per dare riscontro alle richieste dell'interessato, gestire la partecipazione dell'interessato alle attività svolte dal Titolare, dare esecuzione ad obblighi di legge. I dati saranno utilizzati a fini promozionali attraverso l'invio di Newsletter e comunicazioni relative ad altre iniziative nell'ambito ECM e formativo. Expopoint sas garantisce la massima riservatezza dei dati forniti e la possibilità di richiedere la rettifica o la cancellazione scrivendo al Responsabile Dati di Expopoint sas all'indirizzo [info@expopoint.it](mailto:info@expopoint.it). Informativa completa sul sito [www.expopoint.it](http://www.expopoint.it). La sottoscrizione del presente atto costituisce formale consenso al trattamento dei dati personali di cui trattasi per le finalità sopra elencate.

# LA CLINICA DELLE DIPENDENZE

9-10-11 ottobre MILANO 2019

da inviare entro **lunedì 23 ottobre 2019** via fax al n. **031.751525** a Segreteria Organizzativa  
EXPOPOINT - Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co) - Tel. 031 748814 - Fax 031 751525 - e-mail: federserd@expopoint.it

## ■ DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Ente di appartenenza \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Qualifica \_\_\_\_\_ Tel. Ente \_\_\_\_\_  
 Socio FeDerSerD 2019  NO  SI

DIPENDENTE  CONVENZIONATO  LIBERO PROFESSIONISTA

ISCRITTO ORDINE/  
COLLEGIO/ASS. PROF.LI \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

### INTESTAZIONE FATTURA

Dati personali  Azienda sponsor  ASL/Ente P.A.

Da compilare obbligatoriamente se i dati per la fattura sono diversi da quelli personali; in caso di fatturazione ASL/Ente P.A. è obbligatorio allegare copia dell'autorizzazione rilasciata dalla ASL/Ente P.A. In assenza di autorizzazione scritta l'iscrizione non sarà ritenuta valida e sarà necessario il pagamento individuale della quota di partecipazione includendo la quota di iva.

Azienda/Ente/Ospedale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ specificare se esente IVA  SI  NO

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In caso di Fattura a Ente Pubblico Dati aggiuntivi da compilare obbligatoriamente:

Cod. UNIVICO o IPA \_\_\_\_\_ CIG e/o CUP ove previsto \_\_\_\_\_

Nr. Determina o Nr. Ordine autorizzazione pagamento \_\_\_\_\_

## ■ PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

La Segreteria Organizzativa ha stipulato per i pernottamenti una convenzione con la stessa struttura che ospita il Centro Congressi (hotel 4\*\*\*\*) e nelle immediate vicinanze.

HOTEL \*\*\*\*stelle (il nome della struttura verrà comunicato a seguito della prenotazione alberghiera effettuata):

Camera DUS euro 150,00 a notte \_\_\_\_\_

Camera DOPPIA euro 82,50 a persona a notte \_\_\_\_\_

Nome accompagnatore (in caso di scelta di camera doppia) \_\_\_\_\_

notte/i:  9 ottobre  10 ottobre

totale Euro

*Le quotazioni sopra indicate non includono la tassa di soggiorno di Euro 5,00 a notte a persona per l'Hotel a 4\*\*\*\**

*La tassa di soggiorno dovrà essere versata da ciascun partecipante direttamente in Hotel.*

## ■ MODALITÀ DI PAGAMENTO

Allego copia dell'avvenuto pagamento della prenotazione alberghiera e scheda di iscrizione effettuato tramite:

bonifico bancario a favore di Expo Poin sas - Segreteria FeDerSerD: cod. IBAN IT96 B056 9651 0900 0000 3270 X63 Banca Popolare di Sondrio  
 Agenzia di Carimate (Co) - cin B - abi 05696 - cab 51090 - causale: FeDerSerD congresso nazionale MILANO 2019

data \_\_\_ / \_\_\_ /2019

firma \_\_\_\_\_