

## IL WOUND CARE SOSTENIBILE TRA STANDARDIZZAZIONE E PERSONALIZZAZIONE

**3 DICEMBRE 2016 • MALPENSA TERMINAL 1 (MI)**  
SHERATON MILAN MALPENSA AIRPORT HOTEL  
& CONFERENCE CENTRE

da inviare entro **lunedì 21 novembre 2016** via fax al n. **031.751525** a Segreteria Organizzativa  
EXPOPOINT - Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co) - Tel. 031 748814 - Fax 031 751525 - e-mail: congressi@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 \_\_\_\_\_  
 DIPENDENTE  CONVENZIONATO  LIBERO

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 \_\_\_\_\_

### ISCRIZIONE

Mi iscrivo al Convegno:

- Dipendente A.O. Legnano  
 NON dipendente A.O. Legnano

Iscrizione gratuita

Euro 40,00 (+ IVA 22% se dovuta)

Euro \_\_\_\_\_

### PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

La Segreteria ha stipulato convenzione per la prenotazione alberghiera nella stessa struttura  
della sede congressuale (hotel \*\*\*\*):

- camera doppia uso singolo

Euro 124,00 in B/B (a notte a persona)

Euro \_\_\_\_\_

Euro \_\_\_\_\_

- notte 2/12  notte 3/12

totale Euro \_\_\_\_\_

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

Allego copia dell'avvenuto pagamento della quota d'iscrizione effettuato tramite:

- bonifico bancario a favore di Expo Point sas: cod. IBAN IT96 B056 9651 0900 0000 3270 X63  
Banca Popolare di Sondrio Agenzia di Carimate (Co) - cin B - abi 05696 - cab 51090 - causale: **Convegno 3 dicembre 2016**
- bollettino c/c postale n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co)  
- causale: **Convegno 3 dicembre 2016**
- bonifico postale su n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co)  
- causale: **Convegno 3 dicembre 2016**

data \_\_\_ / \_\_\_ /2016

firma \_\_\_\_\_

Si autorizzano EXPO POINT a trattare i dati indicati nella presente scheda