



**AZIENDA A. S. L. n. 1 - AVEZZANO - SULMONA - L'AQUILA**  
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (D.E.A.)  
U.O.C. Urgenza ed Emergenza Medica "118"



## MODULO DI ISCRIZIONE

CONVEGNO DALLA TRAGEDIA ALLA RINASCITA : IL RITORNO ALLA NORMALITA'  
L'AQUILA – loc. Fonte Cerreto 30 – 31 marzo 2012

Si prega di compilare ed inviare il presente modulo alla Segreteria Organizzativa per fax o email :  
Tel. 0862-368783 – FAX 0863-499618 email : [formazioneaz@asl1abruzzo.it](mailto:formazioneaz@asl1abruzzo.it)

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Profilo Professionale     Medico             Infermiere             Specializzando/Studente

Disciplina \_\_\_\_\_

Organizzazione/Ente/Istituzione di appartenenza \_\_\_\_\_

Ruolo                             Dipendente             Convenzionato             Libero Professionista

**Quote di iscrizione convegno :**

**Appartenenti ASL1 avezzano Sulmona L'Aquila : gratuita**

Medico :                     € 70,00 + IVA (€ 84,70)

Infermiere :                 € 50,00 + IVA (€ 60,50)

Studenti/Specializzandi : gratuita

**Quota iscrizione Corso Satellite BLS-D**

Medici + Infermieri     € 50,00 + IVA (€ 60,50)

La quota d'iscrizione include :

Partecipazione al programma scientifico, kit congressuale, coffee break e lunch, certificato di partecipazione.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Bonifico bancario intestato a :

Azienda Sanitaria Locale n. 1 Avezzano Sulmona L'Aquila CARISPAQ IBAN IT32Y0604003601000000164212

Causale : « Nome e Cognome del Partecipante » - Iscrizione Convegno 30 – 31 marzo 2012

**Copia del bonifico deve essere inviata unitamente al modulo di iscrizione**

Firma (leggibile)

\_\_\_\_\_

DATI PER LA FATTURAZIONE (OBBLIGATORIA)

**La fattura dovrà essere intestata a :**

Ragione Sociale o Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

**La fattura dovrà essere inviata a :**

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI :**

In conformità alla legge n. 675/96 dichiariamo che ogni informazione in nostro possesso sarà usata solo per fini inerenti alla conferenza.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_