



26° Corso Nazionale Teorico-Pratico sulle Malattie Metaboliche dell'Osso Torino, 16 – 17 giugno 2016

Nome _____ Cognome _____

Qualifica _____ Ospedale o Istituto di appartenenza _____

Telefono cellulare _____ Fax _____ Email _____

Via _____ CAP _____ Città _____

Codice fiscale *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Partita IVA *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Indicazione obbligatoria ai fini dell'emissione della fattura

QUOTA DI ISCRIZIONE

Per i soci SIOMMMS under 35 la partecipazione al Corso è coperta da SIOMMMS fino ad esaurimento dei posti disponibili e comprende: partecipazione a tutte le sessioni scientifiche, attestato di frequenza, kit congressuale, n°2 coffee break, lunch del 17 giugno 2016 e pernottamento in camera singola per la notte del 16 giugno presso l'Hotel NH SantoStefano 4*, sede del corso o altro hotel cittadino, con trattamento di pernottamento e prima colazione extra esclusi.

NECESSITO DI PERNOTTAMENTO

SI NO

CANCELLATION POLICY PER LA PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Il Suo pernottamento sarà coperto da SIOMMMS con trattamento di pernottamento e prima colazione, extra esclusi.

Le richiediamo però carta di credito a garanzia della prenotazione.

In caso di mancato arrivo (NO SHOW) o di cancellazione della prenotazione, autorizzo l'addebito del costo della camera, pari ad € 135,00 + city tax € 3,70 sulla mia carta di credito e la fatturazione ai dati da me indicati

VISA MASTERCARD

Numero _____ Scadenza _____

Codice di sicurezza (CVV – CVC) _____

intestata a _____ firma _____

N. B. Il pagamento del pernottamento extra esclusi è a carico del Corso soltanto se l'iscritto ne usufruisce.

Attenzione: non saranno registrate le richieste che perverranno prive della carta di credito.

Ai sensi del D. Lgs 196/2003, informato sui diritti dell'art. 7 autorizzo il trattamento dei miei dati personali al fine di formalizzare i reciproci rapporti contrattuali ed economici oltre che per la gestione di comunicazione a carattere organizzativo, informativo e commerciale inerenti la manifestazione.

(In assenza di autorizzazione non sarà possibile formalizzare l'iscrizione).

NO

Autorizzo altresì il trattamento dei miei dati personali al fine di ricevere comunicazione a carattere informativo inerenti future manifestazioni.

NO

Tali dati potranno essere consultati, modificati o cancellati in qualsiasi momento scrivendo alla Segreteria Organizzativa Symposium, via Gozzano 14 - 10073 Ciriè (TO).

Data _____ Firma _____