



## Cure Palliative: le buone pratiche clinico assistenziali Salsomaggiore Terme – Palazzo dei Congressi, 14 maggio 2015

### SCHEDA ISCRIZIONE 1

Da compilare e rispedire via e-mail [congressi@sicp.it](mailto:congressi@sicp.it) oppure via fax +39 02 62611140 entro e non oltre il 7 maggio 2015

**Il convegno è a numero chiuso e riservato a 200 partecipanti. La partecipazione è da ritenersi valida solo se confermata per iscritto, previa disponibilità dei posti.**

COGNOME:

NOME:

DATA di NASCITA

LUOGO di NASCITA

CODICE FISCALE

**OSPEDALE / ENTE:**

Reparto:

Ruolo:

Indirizzo/CAP/Città/Prov.:

Tel.:

Fax:

Email:

Cell.:

#### ISCRIZIONE

**SOCI SICIP** – solo in regola con versamento della quota associativa 2015 all'atto dell'iscrizione

**GRATUITA**

**NON SOCI o SOCI SICIP NON IN REGOLA**

**€ 25,00 IVA inclusa**

#### MODALITA' DI PAGAMENTO PER NON SOCI o SOCI SICIP NON IN REGOLA

**Pagamento con bonifico - obbligatorio allegare copia del pagamento alla Scheda d'Iscrizione**

- intestazione conto: SICIP - Società Italiana di Cure Palliative - IBAN IT32F0521601634000000001797
- causale versamento: Iscrizione Convegno Reg. Emilia Romagna 2015 (specificare i cognomi/nomi delle persone iscritte)

#### DATI PER LA FATTURAZIONE

**PRIVATO**

**AZIENDA**

Intestazione (del privato o dell'azienda):

Indirizzo/CAP/Città/Prov.:

CODICE FISCALE:

P.IVA:

email :

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.L.gs. 196/03 e successive modifiche ed aggiornamenti sulla privacy con riferimento all'**Informativa** inserita sul sito [www.sicp.it](http://www.sicp.it)

DATA

FIRMA



**Cure Palliative: le buone pratiche clinico assistenziali  
Salsomaggiore Terme – Palazzo dei Congressi, 14 maggio 2015**

**SCHEDA ISCRIZIONE 2 - riservata alle sole PUBBLICHE  
AMMINISTRAZIONI con richiesta ESENZIONE IVA**

Da compilare e rispedito via e-mail [congressi@sicp.it](mailto:congressi@sicp.it) oppure via fax +39 02 62611140 entro e non oltre il 7 maggio 2015

**Il convegno è a numero chiuso e riservato a 200 partecipanti. La partecipazione è da ritenersi valida solo se confermata per iscritto, previa disponibilità dei posti.**

Le Pubbliche Amministrazioni per iscrivere i propri dipendenti e poter **usufruire dell'esenzione IVA** - ai sensi dell'art. 10 del DPR 633/72 - come modificato dall'art. 14, comma 10 della legge 24 dicembre 1993, n. 537 - dovranno **inviare in allegato alla Scheda d'Iscrizione 2:**

1. **dichiarazione** (contenente tutti i dati fiscali dell'Ente, nome del dipendente e titolo del congresso) in cui si specifichi che il partecipante per cui viene pagata la quota d'iscrizione è un loro dipendente autorizzato a frequentare l'evento per aggiornamento professionale. La fattura verrà così intestata all'Ente di appartenenza
2. **Bonifico bancario** (in pdf)

In mancanza di tale dichiarazione e del pagamento, **dovrà essere il dipendente ad anticipare l'importo dovuto e poi richiederne il rimborso al proprio Ente.** In questo caso il partecipante deve compilare la **SCHEDA ISCRIZIONE 1** e la **fattura con l'IVA inclusa verrà intestata al partecipante**, che dovrà inserire i propri dati fiscali inserendoli nella precedente voce DATI PER LA FATTURAZIONE.

**Non verranno accettate richieste di modifica delle fatture già emesse o di rimborso dell'IVA versata.**

COGNOME:

NOME:

DATA di NASCITA

LUOGO di NASCITA

CODICE FISCALE

**OSPEDALE / ENTE:**

Reparto:

Ruolo:

Indirizzo/CAP/Città/Prov.:

Tel.:

Fax:

Email:

Cell.:

**ISCRIZIONE**

**NON SOCI o SOCI SICIP NON IN REGOLA**



**€ 20,49 esclusa**

**MODALITA' DI PAGAMENTO PER NON SOCI o SOCI SICIP NON IN REGOLA**

**Pagamento con bonifico - obbligatorio allegare copia del pagamento alla Scheda d'Iscrizione**

- intestazione conto: SICIP - Società Italiana di Cure Palliative - IBAN IT32F052160163400000001797
- causale versamento: Iscrizione Convegno Reg. Emilia Romagna 2015 (specificare i cognomi/nomi delle persone iscritte)

**DATI PER LA FATTURAZIONE DELL'ENTE PUBBLICO**

Intestazione dell'azienda:

Indirizzo/CAP/Città/Prov.:

CODICE FISCALE:

P.IVA:

email :

Timbro dell'Ente:

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.L.gs. 196/03 e successive modifiche ed aggiornamenti sulla privacy con riferimento all' **Informativa** inserita sul sito [www.sicp.it](http://www.sicp.it)

**DATA**

**FIRMA**