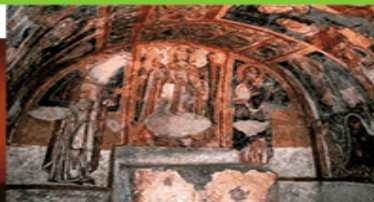




**XIII**  
 Riunione  
 Regionale  
 A.P.L.O.T.O.

**LA SPALLA:  
 DALLA  
 TRAUMATOLOGIA  
 ALL'ORTOPEDIA.  
 Ieri Oggi e Domani**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
 BASILICATA  
 Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Presidente Onorario  
 Giuseppe de Giorgi  
 Clinica Ortopedica | Università Bari

Presidente del Congresso  
 Vito Mascolo  
 Ospedale Civile di Melfi, (PZ)



### SCHEDA DI ISCRIZIONE

PER ISCRIZIONI **NON SPONSORIZZATE** DEADLINE: 22 OTTOBRE 2012

PER ISCRIZIONI **SPONSORIZZATE DA DITTE O ENTI DI APPARTENENZA** DEADLINE: 7 SETTEMBRE 2012

**COD. adal\_10**

#### ANAGRAFICA

COGNOME:

NOME:

CODICE FISCALE:

ENTE: \_\_\_\_\_ INDIRIZZO PRIVATO: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO ENTE: \_\_\_\_\_

TEL. PRIV.:

REPARTO:

FAX PRIV.:

RUOLO:

CELLULARE:

TEL.:

E-MAIL (necessaria per confermare l'iscrizione)

FAX:

**QUOTA DI ISCRIZIONE CONGRESSO** include partecipazione alle sessioni scientifiche, kit congressuale, attestato di partecipazione, ristorazione da programma

Soci O.T.O.D.I.  Gratuita\*

Non Soci  € 70.00 iva inclusa

\* se in regola con il pagamento della quota associativa 2011

In sede congressuale sarà possibile iscriversi alla Società Regionale A.P.L.O.T.O. e regolarizzare la quota associativa 2012

**QUOTA DI ISCRIZIONE CORSO RISERVATO A INFERMIERI PROFESSIONALI, FISIOTERAPISTI E TECNICI RADIOLOGI**  € 50.00 iva inclusa

#### MODALITA' DI PAGAMENTO

Assegno bancario o circolare "non trasferibile" intestato a Ad Arte srl

Da inviare in originale c/o gli uffici operativi di Ad Arte srl, unitamente alla scheda di iscrizione

Bonifico Bancario, esente da spese

Ad Arte srl Banca Cassa di Risparmio di Cento Ag. di Castel Maggiore BO

IBAN: IT42M0611536740000000003861 Causale: **Cod adal\_7 Iscrizione Congresso Dr. \_\_\_\_\_**

Prego allegare copia del bonifico bancario alla scheda di iscrizione

Carta di Credito  VISA  MASTERCARD  \_\_\_\_\_

Intestatario: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Scadenza: \_\_ / \_\_ CVV \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### DATI PER LA FATTURAZIONE

INTESTAZIONE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

CF/P.I.: \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALLE SOLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI Richiesta di esenzione IVA** (art. 10 comma 20 D.P.R. 633/72 modificato dall'art. 14, comma 10 della legge 24 dicembre 1993, n. 537) Le pubbliche amministrazioni che iscriveranno i propri dipendenti, sono tenute a farne specifica apponendo il proprio timbro nello spazio di seguito riportato. La richiesta di iscrizione sarà valida solo se accompagnata da copia di pagamento effettuato. L'iscrizione sarà confermata solo se accompagnata dal pagamento. **Non saranno fiscalmente riconosciute richieste senza timbro.**

**Timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA:** \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_