TACTICAL EMERGENCY MEDICAL SUPPORT®

CONDIZIONI GENERALI

COSTO DEL CORSO
Soci ASAC**: € 210**
Non Soci ASAC: **€ 225**
NB: *In caso di richiesta di fattura fiscale, il costo del corso è da intendersi maggiorato del + 20%*
Nota: *I non Soci ASAC riceveranno gratuitamente, all'atto dell'iscrizione, anche la quota associativa ASAC per l'anno in corso.*

MODALITA' DI PAGAMENTO
a) Pagamento tramite **Bonifico Bancario** (coordinate bancarie: Banca Unicredit Agenzia Modena Menotti – Cod. IBAN:
IT 59 T 02008 12911 000100969120
nella causale specificare *il titolo del corso e la data di svolgimento*).
Inviare:
- Copia della **distinta di pagamento.**
- **Scheda di iscrizione** debitamente compilata al FAX: 059.49068142

b) Pagamento tramite **versamento su c/c Postale** n° 85993715 intestato a: Associazione Scientifica Anti Crimine. Nella causale specificare *il titolo del corso e la data di svolgimento.*
Inviare:
- Copia della **distinta di pagamento.**
- **Scheda di iscrizione** debitamente compilata al FAX: 059.49068142

PRIORITA'
Le iscrizioni verranno accolte secondo l'ordine cronologico di avvenuto pagamento.

ANNULLAMENTO/RECESSO
Eventuali annullamenti dell'iscrizione dovranno pervenire alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre 5 gg. lavorativi dalla data di inizio del corso, in forma scritta all'indirizzo email: segreteria@asacitalia.it In caso di mancata comunicazione, sarà addebitata l'intera quota di partecipazione.

FACOLTA' DI MODIFICA
Se per ragioni organizzative il corso dovrà essere annullato o subire variazioni di date, sarà data tempestiva comunicazione ai partecipanti.
Per iscrizioni insufficienti o eccedenti:
- Possibilità di scegliere un'altra edizione del corso o un altro corso ASAC.
- Oppure ottenere il rimborso della quota versata.

PER INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI:
Segreteria Organizzativa
Associazione Scientifica Anti Crimine
Via Morselli, 67
41121 – Modena
Tel. 346.2294226 – **Tel.** 340.6829198
Fax. 059.49068142
Website: www.asacitalia.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare in modo leggibile in ogni sua parte

Cognome_____

Nome_____

Nato a_____il_____

Residente a _____**(prov.**_____**) Cap**_____

Via_____**n°**_____

Tel_____**Fax**_____

Cell _____

Email _____

Codice Fiscale _____

P.Iva _____

Professione ECM: SI ☐ **NO** ☐
Specificare la professione ECM_____

Ente di appartenenza/luogo di lavoro:_____
_____

Richiesta fattura: SI ☐ **NO** ☐
NB: *Per esigenze organizzative non verrà rilasciata la fattura fiscale se non richiesta all'atto dell'iscrizione.*
Campi da compilare per l'intestazione della fattura
(se i dati sono diversi da quelli sopra indicati)

Ragione Sociale/Persona Fisica_____
_____

Sede Legale/Indirizzo_____
_____

P.IVA_____

Codice Fiscale _____

Protezione dei dati personali
Ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) con la compilazione del presente Modulo di iscrizione, si autorizza ASAC e le società scientifiche ad essa collegate, ad inserire il proprio nominativo nei relativi database. In ogni momento si potrà avere accesso ai propri dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure opporsi al loro utilizzo scrivendo all'indirizzo riportato nella testata del presente documento.

DATA _____**FIRMA X** _____

Firmando si dichiara anche di accettare tutte le "condizioni generali" a lato indicate.