



PREHOSPITAL CRIME SCENE CARE

CONDIZIONI GENERALI

COSTO DEL CORSO

Soci ASAC: € 125

Non Soci ASAC: € 140

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 72 S 02008 12911 000041086737

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.