

Malattie rare:
**SPOTLIGHT su DISCINESIE CILIARI
e SINDROME di KARTAGENER**
diagnosi precoce per una migliore qualità di vita
Noicattaro (BA), 13-14 Maggio 2011

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata in stampatello a:

Meeting Planner srl

Via S. Matarrese, 12 – Pal. G – 70124 BARI – Fax. 080.2140203 - Mail info@meeting-planner.it

Cognome _____ Nome _____

Luogo di Nascita _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Medico Chirurgo specialista in:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pediatria | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | <input type="checkbox"/> Neonatologia |
| <input type="checkbox"/> Medicina generale | <input type="checkbox"/> Allergologia e Immunologia clinica |
| <input type="checkbox"/> Altre Professioni | |
| <input type="checkbox"/> Infermiere | <input type="checkbox"/> Fisioterapista |

Ente di appartenenza _____

Tel. _____ E-mail _____

- Dichiaro in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all'Ente di appartenenza
- Dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e/o di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all'Ente di appartenenza

Invitato da:

Azienda (sponsor) _____

Nessuno

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003

Data _____

Firma _____

Malattie rare:
**SPOTLIGHT su DISCINESIE CILIARI
e SINDROME di KARTAGENER**
diagnosi precoce per una migliore qualità di vita
Noicattaro (BA), 13-14 Maggio 2011

———— SCHEDA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA ————

da inviare compilata in stampatello a:

Meeting Planner srl

Via S. Matarrese, 12 – Pal. G – 70124 BARI – Fax. 080.2140203 - Mail info@meeting-planner.it

Cognome _____ Nome _____

Una Hotel Regina (*sede congressuale*)

Desidero riservare n.1 camera (trattamento di mezza pensione con cena)

Camera Doppia Uso Singola € 118,00

Camera Matrimoniale € 154,00

Supplemento tripla (> 3 anni, cena non inclusa) € 25,00

Supplemento tripla (> 3 anni, cena inclusa) € 47,00

Totale € _____

Arrivo il giorno _____ **partenza il giorno** _____

La conferma dell'avvenuta prenotazione avverrà solo a ricevimento del deposito della prima notte. In caso di mancato arrivo o arrivo posticipato, sarà comunque addebitata la prima notte e cancellata la prenotazione.

Modalità di pagamento

Copia Bonifico bancario di € _____

intestato a: Meeting Planner srl presso UniCredit Banca di Roma – Bari

IBAN: IT 21 X 02008 04024 000010278286

(si prega specificare nella causale: Soggiorno Convegno Malattie Rare)

CARTA DI CREDITO **VISA** **MasterCard**

Autorizzo la Meeting Planner srl ad addebitare la somma di € _____ sulla carta di credito n. _____ Codice CV2* _____

intestata a _____ scadenza _____ data _____

firma _____

*Carta Si: il codice di sicurezza (CV2) si trova sul retro della carta dove si appone la firma ed è composto di tre cifre

Fatturare il soggiorno a: _____

P. IVA\Cod. Fisc. _____

CAP _____ Città _____

Indirizzo _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003

Data _____

Firma _____