



Società Italiana di Medicina di Laboratorio

Componente della

World Association of Societies of Pathology and Laboratory Medicine

Certificata ISO 9001:2000



MO 27 SCHEDA ISCRIZIONE CONGRESSO

23° Congresso Nazionale SIMeL 2° Evento Nazionale Congiunto SIBioC-SIMeL "La Medicina personalizzata tra ricerca e pratica clinica: il ruolo della Medicina di Laboratorio" Napoli, 27-30 Ottobre 2009 – Mostra d'Oltremare

→ Da inviare tramite fax a M.A.F. SERVIZI srl – c.a. Sig.ra Roberta Bertelli – FAX 011/505976
MAF Servizi Srl – Centro Direzionale Piero della Francesca – Corso Svizzera, 185/bis – 10149 Torino

Titolo: Dott. Prof. Sig. **Socio SIMeL in regola** Sì No **Non Socio**

Categoria: Medico Biologo/Chimico Tecnico di Laboratorio

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

Istituto/Servizio _____

Indirizzo professionale _____ CAP _____ Città _____ Prov _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Indirizzo privato _____ CAP _____ Città _____ Prov _____

Accompagnatore: Cognome _____ Nome _____

Dati fiscali per l'emissione della fattura (obbligatori)

Ragione sociale _____

Indirizzo privato _____ CAP _____ Città _____ Prov _____

Cod. Fiscale

P. IVA _____

Partecipazione a Congresso e/o Corso pre-congresso (vedi specifica sul retro) per un importo totale di Euro _____

Modalità di Pagamento

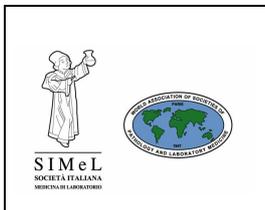
Bonifico bancario in favore di **M.A.F. Servizi Srl**
UNICREDIT BANCA D'IMPRESA SPA – Filiale di Torino Centro (cod. 6756) C/C - ABI 03226 - CAB 01000 - CIN L –
IBAN IT 84 L 03226 01000 000004506011 *causale del pagamento: "Congresso SIMeL 2009 C9_03/ Cognome Nome"*
Versamento di Euro _____ Data di pagamento ____/____/2009
(Si prega di includere copia del bonifico bancario)

Assegno bancario "non trasferibile" intestato a **M.A.F. Servizi Srl**
di Euro _____ n° _____ della Banca _____

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza la M.A.F. Servizi Srl, ad addebitare
l'importo di Euro _____/00 sulla Carta di Credito Master Card Visa
N° _____ Scadenza il ____/____/____
Codice di Sicurezza CVV2 (codice di 3 cifre stampato sul retro della carta di credito) ____ _
Intestata a _____ Data di nascita ____/____/____
Data ____/____/2009 Firma _____

"Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n.196, si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di Congressi in materia sanitaria. I Suoi dati verranno utilizzati, qualora sottoscriva il modulo d'iscrizione, per l'espletamento delle procedure di iscrizione. Anche nel caso in cui Lei non sottoscriva il presente modulo, i Suoi dati potranno essere utilizzati per l'invio di materiale scientifico relativo a Convegni e Congressi, fermo restando, in ogni caso, il Suo diritto ad opporsi a tale trattamento (art.7). Titolare del trattamento è la M.A.F. Servizi Srl - Centro Direzionale Piero della Francesca – 10149 Torino".

Data ----- / ----- / 2009 Firma -----



Società Italiana di Medicina di Laboratorio

Componente della

World Association of Societies of Pathology and Laboratory Medicine

Certificata ISO 9001:2000



MO 27 SCHEDA ISCRIZIONE CONGRESSO

Quota Iscrizione Intero Congresso (importi IVA 20% inclusa)

	Prima del 30/06/2009	Dopo il 30/06/2009
Personale Sanitario Laureato	Euro	Euro
Socio SIMeL ^a	<input type="checkbox"/> 600	<input type="checkbox"/> 720
Non-Socio SIMeL	<input type="checkbox"/> 720	<input type="checkbox"/> 840
Personale Tecnico di Laboratorio		
Socio SIMeL-STLB ^a	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 360
Non-Socio SIMeL-STLB	<input type="checkbox"/> 360	<input type="checkbox"/> 420
Non Strutturato/Specializzando^b		
Socio SIMeL Medico/DSL ^a	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 360
Socio SIMeL STLB ^a	<input type="checkbox"/> 150	<input type="checkbox"/> 180

La quota di iscrizione intero Congresso comprende: la partecipazione ai lavori scientifici (**Sessioni Congiunte SIBioC-SIMeL; Sessioni SIMeL; Sessioni SIBioC**); il materiale congressuale; la presentazione di due comunicazioni scientifiche sotto forma di poster; l'attestato di partecipazione; le colazioni di lavoro; i tickets coffee.

Quota Giornaliera (importi IVA 20% inclusa)

	Prima del 30/06/2009	Dopo il 30/06/2009
Personale Sanitario Laureato	Euro	Euro
Socio SIMeL ^a	<input type="checkbox"/> 258	<input type="checkbox"/> 300
Non-Socio SIMeL	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 348
Personale Tecnico di Laboratorio		
Socio SIMeL-STLB ^a	<input type="checkbox"/> 144	<input type="checkbox"/> 162
Non-Socio SIMeL-STLB	<input type="checkbox"/> 162	<input type="checkbox"/> 180
Non Strutturato/Specializzando^b		
Socio SIMeL Medico/DSL ^a	<input type="checkbox"/> 144	<input type="checkbox"/> 162
Socio SIMeL STLB ^a	<input type="checkbox"/> 90	<input type="checkbox"/> 100

La quota di iscrizione Giornaliera per il solo giorno dell'iscrizione comprende: la partecipazione ai lavori scientifici (**Sessioni Congiunte SIBioC-SIMeL; Sessioni SIMeL; Sessioni SIBioC**); il materiale congressuale; l'attestato di partecipazione; la colazione di lavoro (*ove prevista*); i tickets coffee.

Quota Iscrizione al singolo Corso di Aggiornamento precongressuale (importi IVA 20% inclusa)

	Corso n°1	Corso n°2
Personale Sanitario Laureato	Euro	Euro
Socio SIMeL ^a	<input type="checkbox"/> 100	<input type="checkbox"/> 100
Non-Socio SIMeL	<input type="checkbox"/> 150	<input type="checkbox"/> 150
Personale Tecnico di Laboratorio		
Socio SIMeL-STLB ^a	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 24
Non-Socio SIMeL-STLB	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 50
Non Strutturato/Specializzando^b		
Socio SIMeL Medico/DSL ^a	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 50
Socio SIMeL STLB ^a	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 12

La quota di iscrizione ai singoli Corsi pre-congressuali comprende: la partecipazione ai lavori scientifici; il materiale didattico; l'attestato di partecipazione; la colazione di lavoro; i tickets coffee.

Confermo la mia adesione al seguente Corso di Aggiornamento Precongressuale:

- Corso 1 **Microbiologia** (Partecipanti: 30 Medici-Biologi-Chimici-30 Tecnici di Laboratorio Biomedico)
 Corso 2 **Informatica** (Partecipanti: 80 Tecnici di Laboratorio Biomedico)

^aIn regola con la quota associativa 2009.

^bNon Strutturato/Specializzando: l'iscrizione sarà accettata solo mediante presentazione di una dichiarazione del Responsabile del Laboratorio/Istituto presso il quale l'Interessato presta servizio. Non può essere sponsorizzata né da Aziende né da Enti.

*Confermo la mia adesione alla Sessione Parallela Congiunta SIBioC-SIMeL "Working Lunch" di:

- Mercoledì 28 Ottobre ore 13.15-14.30
 Giovedì 29 Ottobre ore 13.15-14.30

L'adesione ai Working Lunch è gratuita ed è limitata ad un massimo di 70 persone. Le richieste verranno evase in base all'ordine cronologico di arrivo delle schede.



23° Congresso Nazionale SIMeL

2° Evento Nazionale Congiunto SIBioC-SIMeL

Napoli, 27-30 Ottobre 2009



SCHEDA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Da inviare entro il **04/09/09** a: **Seneca S.p.A.** Via Antonio Gramsci 72 - 66016 Guardiagrele (CH)
e-mail sibioc.simel@senecabtc.com - fax 0871-85912

Per eventuali informazioni o chiarimenti contattare:

Ufficio Eventi Seneca S.p.A. - Tel. 0871-803814

Informazioni Alberghiere:

Categoria Hotel	Tipologia Camera	Tariffe Minime e Massime
Hotel 4 stelle Sup.	Camera singola	da € 100,00 a € 115,00
	Camera Dus	da € 129,00 a € 200,00
	Camera Doppia	da € 150,00 a € 234,00
Hotel 4 stelle	Camera singola	da € 56,00 a € 95,00
	Camera Dus	da € 62,00 a € 125,00
	Camera Doppia	da € 69,00 a € 145,00
Hotel 3 stelle	Camera singola	da € 60,00 a € 80,00
	Camera Dus	da € 65,00 a € 86,00
	Camera Doppia	da € 70,00 a € 150,00

Le tariffe minime e massime indicate sono da considerarsi **per camera**, per notte, IVA inclusa e riferite ad un trattamento di Pernottamento e Prima Colazione.

Dati del Richiedente:

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo (domicilio) _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax _____

E-mail _____

Servizi Alberghieri da Prenotare:

N° Camere Singole _____ N°. Camere Doppie _____ N° Camere DUS _____

Categoria Albergo: 4 stelle Sup. 4 stelle 3 stelle

Data di Arrivo: _____ **Data di Partenza** _____ **N° Notti** _____

Nominativo/i per cui effettuare la prenotazione alberghiera in **Camera Singola:**

1) _____ 2) _____ 3) _____

4) _____ 5) _____ 6) _____

Nominativo/i per cui effettuare la prenotazione alberghiera in **Camera DUS:**

1) _____ 2) _____ 3) _____

4) _____ 5) _____ 6) _____

Nominativo/i per cui effettuare la prenotazione alberghiera in **Camera Doppia:**

1) _____ 2) _____ 3) _____

4) _____ 5) _____ 6) _____

Nel caso in cui si necessita di inserire più nominativi rispetto a quelli sopra consentiti, si prega voler allegare alla presente scheda l'elenco dettagliato dei nominativi delle persone da prenotare.

Note Particolari: _____

Garanzia della prenotazione e Modalità di Pagamento:

Si fornisce la seguente Carta di Credito a Garanzia della prenotazione. La stessa sarà utilizzata dalla **Seneca S.p.A.** solo in caso di addebito di penalità dovute a tardive cancellazioni o no-show.

Tipo Carta _____ N° _____ Scadenza _____

Codice CVC2/CVV2 (vd. retro carta) _____ Intestata a _____

Data e Luogo di Nascita dell'Intestatario _____

Si allega fotocopia fronte e retro della carta di credito.

Il Pagamento del soggiorno alberghiero prenotato sarà effettuato dal pernottante direttamente in albergo all'atto della partenza. All'arrivo in Hotel potrebbe essere richiesta una carta di credito a garanzia degli eventuali extra.

Modalità di Prenotazione:

La richiesta di prenotazione s'intenderà valida solo se la presente scheda sarà compilata in tutte le Sue parti. Seneca S.p.A. procederà alla verifica di disponibilità secondo le esigenze espresse nella presente scheda e ad inviare conferma scritta della prenotazione (voucher) al richiedente. Qualora la fascia alberghiera scelta non fosse più disponibile, Seneca S.p.A. informerà il Richiedente, concordando con lo Stesso la soluzione alternativa disponibile.

Termini di Cancellazione:

Nessuna penalità sarà applicata per cancellazioni effettuate entro 30 (trenta) giorni prima della Data di Arrivo (**Data IN**). Oltre tale termine e in caso di mancato arrivo sarà applicata una penale pari al costo di una notte di soggiorno, che sarà addebitata sulla Carta di Credito fornita dal Richiedente con la presente scheda.

Il Richiedente con l'invio della presente scheda a **Seneca S.p.A.** accetta le condizioni sopra riportate e ne dichiara la presa visione.

Privacy:

Legge 196/2003 (Privacy) Consenso alla raccolta e gestione dei dati personali

Autorizzo Non Autorizzo

L'invio al mio domicilio di documentazione commerciale, offerte, opuscoli e lettere informative ed augurali anche a mezzo di altri soggetti.

Autorizzo Non Autorizzo

La comunicazione a terzi della mia permanenza alla manifestazione, ai soli fini di ricevere e trasmettermi corrispondenza, messaggi e telefonate a me indirizzate.

Per tutto quanto sopra non descritto si rimanda a quanto riportato nel testo di Legge 196/2003.

Data ____/____/2009

Firma del Richiedente _____