

Autismo: educare e prendersi cura. Scuola e sanità si incontrano

Cinema Odeon – Piazza Strozzi - Firenze

Compilare in stampatello e inviare, allegando la ricevuta di pagamento, all'indirizzo mail convegno.autismo@giuntios.it
o al numero di fax 055 669446 entro il 3 marzo 2014

PARTECIPANTE 1

.....
Nome e cognome

.....
Nato a il Professione

.....
Residente in via/piazza n° CAP Città Prov.

.....
Telefono fisso Telefono cellulare e-mail @

.....
Membro dell'Associazione dal sezione

PARTECIPANTE 2

.....
Nome e cognome

.....
Nato a il Professione

.....
Residente in via/piazza n° CAP Città Prov.

.....
Telefono fisso Telefono cellulare e-mail @

.....
Membro dell'Associazione dal sezione

PARTECIPANTE 3

.....
Nome e cognome

.....
Nato a il Professione

.....
Residente in via/piazza n° CAP Città Prov.

.....
Telefono fisso Telefono cellulare e-mail @

.....
Membro dell'Associazione dal sezione

PARTECIPANTE OMAGGIO

Nome e cognome

Nato a _____ il _____ Professione _____

Residente in via/piazza _____ n° _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono fisso _____ Telefono cellulare _____ e-mail @ _____

Membro dell'Associazione _____ dal _____ sezione _____

ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE La fattura, unica se non diversamente indicato, sarà emessa e inviata secondo l'intestazione indicata nelle schede di iscrizione. Eventuali richieste di esenzione IVA per fatturazioni intestate a Enti Pubblici ai sensi dell'art.10, comma 20, D.P.R. 633/72 saranno riconosciute per la quota di iscrizione se perverrà, contestualmente alla scheda di iscrizione, esplicita richiesta scritta da parte dell'Ente interessato. Il partecipante deve anticipare la quota, qualora l'ASL non riuscisse ad effettuare il versamento insieme all'iscrizione. Sarà rilasciata fattura quietanzata intestata alla ASL. Non saranno accettate iscrizioni prive dei requisiti richiesti. Nessun cambiamento di fatturazione potrà essere effettuato dopo l'emissione del documento contabile. Non saranno pertanto accolte richieste di variazioni dati (nominativi, IVA applicata, ecc.) una volta emessi i documenti fiscali.

Azienda/Ente _____

Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono fisso _____ Fax _____ e-mail @ _____

Codice fiscale e Partita IVA (da indicare sempre entrambi anche se uguali) _____ Referente _____

Iscrivi 3 partecipanti entro il 3 marzo, il 4° partecipante è gratis:

Quota di iscrizione €41 x 3 partecipanti = € 123,00 (+ 22% IVA per un totale di € 150,00)

Nella causale di versamento indicare: **Convegno autismo 2/4/14 - Fantasia**

Bonifico bancario intestato a Giunti O.S. Organizzazioni Speciali Srl, BNL Ag. 2 Firenze, C/C 2777, Cod. IBAN IT57U0100502802000000002777 (si allega copia della contabile).

c/c postale n. 16185506, intestato a Giunti O.S. Organizzazioni Speciali Srl – Via Fra Paolo Sarpi 7/A – 50136 Firenze (si allega copia della ricevuta).

La conferma o l'annullamento del corso sarà comunicata all'iscritto, con e-mail all'indirizzo indicato nella scheda di iscrizione. In caso di annullamento del corso la quota versata sarà rimborsata. In caso di mancata partecipazione dell'iscritto per motivi non imputabili a Giunti O.S.

Organizzazioni Speciali la quota non potrà essere rimborsata.

Dichiara di aver preso visione delle informazioni generali e delle modalità organizzative

Luogo, data e firma del richiedente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196/03

Autorizzo **Giunti O.S. Organizzazioni Speciali** ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati, onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, rilascio attestato), per favorire tempestive segnalazioni inerenti alle iniziative di formazione.

Luogo, data e firma del richiedente _____