

QUOTE DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Soci S.I.C.E. (in regola con l' iscrizione per l'anno 2005)	Iscrizione Gratuita
Non Soci	€ 300 (€ 250+IVA)
Cena di Gala – 19 settembre	€ 55
Pre-Corso Sartellite - XVI CORSO DI "CHIRURGIA LAPAROSCOPICA AVANZATA ENDOCRINA: MIVAT - MIVAP - SURRENE" 9-10-11 Giugno *	€ 1500 (€ 1250 +IVA)
Corso Satellite - XVII CORSO DI "CHIRURGIA LAPAROSCOPICA AVANZATA ENDOCRINA: MIVAT - MIVAP - SURRENE" 20-21-22 Settembre *	€ 1500 (€ 1250 +IVA)
I Satellite Educational Course di Chirurgia Endolaparoscopica per Infermieri 18 Settembre	
<input type="checkbox"/> Iscrizione prima giornata - €50 (IVA inclusa) <input type="checkbox"/> Iscrizione entrambe le giornate €100 (IVA inclusa)	

* Per iscrizioni: **Tel. 050/992813 - Fax 050/551369 - p.miccoli@dc.med.unipi.it**

La quota di iscrizione comprende:

- Partecipazione ai lavori scientifici
- Kit congressuale
- Cerimonia di apertura e welcome cocktail
- Coffee Breaks
- Attestato di partecipazione

Modalità di iscrizione

Le quote potranno essere inviate alla Segreteria Organizzativa **Impronte** insieme all'apposita "Scheda di Iscrizione" (IMPRONTE Srl - Via Livenza, 25 - 56122 Pisa - Fax 050-8310827, e-mail info@improntesrl.it), oppure on-line sul sito web del Congresso. Il pagamento potrà essere effettuato tramite:

- **Assegno bancario** intestato a: IMPRONTE S.r.l.
- **Bonifico bancario** intestato a: IMPRONTE S.r.l. - CC. n. 1723720 Banca Toscana, Agenzia di Banchi - Pisa , CAB 14000, COD ABI 03400, CIN P (allegare al presente modulo copia del bonifico)
- **Vaglia postale** intestato a: IMPRONTE S.r.l. - Via Livenza, 25 - 56122 Pisa (allegare la fotocopia)
- **Carta di credito**

Le schede prive del relativo pagamento non potranno essere accettate.

I pagamenti effettuati devono riportare tutti i nomi dei partecipanti ed essere inviate a:

IMPRONTE Srl - Via Livenza, 25 - 56122 Pisa - Fax 050-8310827, info@improntesrl.it

Il termine per l'iscrizione è previsto per il **7 settembre 2005**.

Le Case Farmaceutiche e le Agenzie potranno effettuare iscrizioni e prenotazioni alberghiere di gruppo rivolgendosi direttamente alla Segreteria Organizzativa.

Cancellazioni

In caso di annullamento comunicato per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro il **12 settembre 2005**, la quota versata sarà restituita con una decurtazione del 50%. Gli annullamenti effettuati dopo tale data non daranno diritto ad alcun rimborso.

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

CATEGORIA		SINGOLA min/max	Doppia uso singola min/max	DOPPIA min/max	DEPOSITO	Diritto di prenotaz.
A	4 STELLE	€ 90,00/125,00	€ 100,00/150,00	€ 125,00/185,00	singola € 125,00 DUS € 150,00 doppia € 185,00	+ € 10,00
B	3 STELLE	€ 90,00/120,00	€ 115,00/130,00	€ 128,00/144,00	singola € 120,00 DUS € 130,00 doppia € 144,00	+ € 10,00
C	3 STELLE	€ 65,00/90,00	€ 85,00/115,00	€ 100,00/128,00	singola € 90,00 DUS € 115,00 doppia € 128,00	+ € 10,00

CONDIZIONI GENERALI

Le prenotazioni dovranno pervenire entro e non oltre il **30 giugno 2005**. Dopo tale data non è garantita la disponibilità di camere negli hotel opzionati per il Congresso.

Ad esaurimento delle camere singole verranno assegnate camere doppie uso singola (con la tariffa prevista per le DUS). In caso di mancata disponibilità nella categoria prescelta, verrà assegnato un albergo di categoria superiore.

Le prenotazioni potranno essere inviate alla Segreteria Organizzativa **Impronte** insieme all'apposita "Scheda di prenotazione alberghiera" (IMPRONTE Srl - Via Livenza, 25 - 56122 Pisa - Fax 050-8310827, e-mail info@improntesrl.it), oppure on-line sul sito web del Congresso. Per effettuare la prenotazione si richiede il versamento di un **deposito** pari al costo della prima notte (per camera e categoria richieste) più **€ 10,00** per diritti di prenotazione, per ogni camera prenotata.

Il pagamento potrà essere effettuato tramite:

- **Assegno bancario** intestato a: IMPRONTE S.r.l.
- **Bonifico bancario** intestato a: IMPRONTE S.r.l. - CC. n. 1723720 Banca Toscana, Agenzia di Banchi - Pisa , CAB 14000, COD ABI 03400, CIN P (allegare al presente modulo copia del bonifico)
- **Vaglia postale** intestato a: IMPRONTE S.r.l. - Via Livenza, 25 - 56122 Pisa (allegare la fotocopia)
- **Carta di credito**

Non saranno accettate prenotazioni prive del relativo pagamento.

I pagamenti effettuati devono riportare tutti i nomi dei partecipanti ed essere inviate a:

IMPRONTE Srl - Via Livenza, 25 - 56122 Pisa - Fax 050-8310827, info@improntesrl.it

Il saldo dovrà essere versato direttamente all'albergo, che emetterà regolare fattura per l'intero importo del soggiorno, incluso il deposito.

Le Case Farmaceutiche e le Agenzie potranno effettuare le prenotazioni di gruppo rivolgendosi direttamente alla Segreteria Organizzativa.

Cancellazioni

Le cancellazioni che perverranno per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro l' **8 luglio 2005** saranno rimborsate, ad eccezione dei diritti di prenotazione (pari a € 10,00). Per le cancellazioni successive a tale termine non è previsto alcun rimborso della quota versata.

XI CONGRESSO NAZIONALE SICE
18-19-20 settembre 2005 Palazzo dei Congressi - PISA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare, insieme al pagamento, entro il 7 settembre a:
IMPRONTE Srl - Via Livenza, 25 - 56122 Pisa - Fax 050-8310827, e-mail info@improntesrl.it

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-Mail _____

Professione _____ Disciplina _____

Ente/Istituto di appartenenza _____

Dati per intestazione fattura

Fattura da intestare a _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Partita IVA o Codice Fiscale _____

	Soci S.I.C.E. (in regola con l' iscrizione per l'anno 2005)	Iscrizione Gratuita
	Non Soci	€ 300 (€ 250+IVA)
	Cena di Gala - 19 settembre	€ 55

I Satellite Educational Corse di Chirurgia Endolaparoscopica per Infermieri -18 Settembre

- Iscrizione prima giornata €50** (IVA inclusa)
 Iscrizione entrambe le giornate €100 (IVA inclusa)

Per il Corso Pratico i partecipanti saranno suddivisi in gruppi di 40, scaglionati secondo il seguente calendario:(Indicare prima e seconda preferenza per la data di frequenza della seconda giornata)

- Lunedì 19 settembre** **Lunedì 26 settembre** **Lunedì 3 ottobre**
 Lunedì 10 ottobre **Lunedì 17 ottobre**

Importo versato _____

Modalità di pagamento (indicare quella prescelta)

- Assegno bancario** intestato a: IMPRONTE S.r.l. (da allegare al presente modulo e inviare a IMPRONTE S.r.l. - Via Livenza, 25 - 56122 Pisa)
 Bonifico bancario intestato a: IMPRONTE S.r.l. - CC. n. 1723720 Banca Toscana, Agenzia di Banchi - Pisa , CAB 14000, COD ABI 03400, CIN P (allegare al presente modulo copia del bonifico)
 Vaglia postale intestato a: IMPRONTE S.r.l. - Via Livenza, 25 - 56122 Pisa (allegare la fotocopia)
 Carta di credito **VISA** **MASTERCARD**

Intestata a _____ N° _____

Data di scadenza _____

Data _____ Firma _____

XI CONGRESSO NAZIONALE SICE
18-19-20 settembre 2005
Palazzo dei Congressi - PISA

SCHEDA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Da inviare, insieme al pagamento del deposito e dei diritti di prenotazione,
entro e non oltre il 30 giugno 2005 a:

IMPRONTE Srl - Via Livenza, 25 - 56122 Pisa - Fax 050-8310827, e-mail info@improntesrl.it

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-Mail _____

Professione _____ Disciplina _____

Ente/Istituto di appartenenza _____

Dati per intestazione fattura

Fattura da intestare a _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Partita IVA o Codice Fiscale _____

Date di soggiorno

Data di arrivo _____ Data di partenza _____

Categoria: A B C

N. ___ camera/e singola/e Importo da versare per deposito _____

N. ___ camera/e doppia/e uso singola Importo da versare per deposito _____

N. ___ camera/e doppia/e Importo da versare per deposito _____

Diritti di prenotazione + € 10,00

Totale: _____

(deposito + diritti di prenotazione per ogni camera prenotata)

Modalità di pagamento (indicare quella prescelta)

- Assegno bancario** intestato a: IMPRONTE S.r.l. (da allegare al presente modulo e inviare a IMPRONTE S.r.l. - Via Livenza, 25 - 56122 Pisa)
- Bonifico bancario** intestato a: IMPRONTE S.r.l. - CC. n. 1723720 Banca Toscana, Agenzia di Banchi - Pisa , CAB 14000, COD ABI 03400, CIN P (allegare al presente modulo copia del bonifico)
- Vaglia postale** intestato a: IMPRONTE S.r.l. - Via Livenza, 25 - 56122 Pisa (allegare la fotocopia)
- Carta di credito** VISA MASTERCARD

Intestata a _____ N° _____

Data di scadenza _____

Data _____

Firma _____

Il Trattamento dei dati personali che la riguardano, viene svolto nel rispetto del D.lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali. Le garantiamo la massima riservatezza, i suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi, e per essi lei potrà richiedere in qualsiasi momento la modifica o la cancellazione, scrivendo all'attenzione del Responsabile dei Dati.