

**Scheda di preiscrizione**

**3° Simposio sui disordini del sonno Implicazioni mediche e sociali dei disordini del sonno  
Bari, 15-16 novembre 2013, Multisala Showville**

**Provider n. 293**

Ai fini di una corretta trasmissione del resoconto finale dell'evento  
da parte del Provider al Ministero della Salute,  
si prega di compilare in modo leggibile ed in ogni parte!

L'iscrizione ha il costo di € 100,00+iva 21% da versare a mezzo bonifico bancario a:  
Italiana Congressi e formazione srl, Banco di Napoli spa, filiale di Castellana Grotte,  
iban IT03Y0101041440100000001854, con la seguente causale:  
Nome e cognome del congressista, convegno Bari, 15-16 novembre 2013

Si prega inviare entro il 6 novembre 2013:

- la presente scheda con ricevuta del bonifico bancario a mezzo fax al n. 0809904099

oppure

- la presente scheda con ricevuta del bonifico bancario a mezzo email all'indirizzo [segreteria@italianacongressi.it](mailto:segreteria@italianacongressi.it)

Le iscrizioni pervenute dopo il 6 novembre 2013 non saranno accettate, ma sarà ancora possibile iscriversi direttamente in sede congressuale salvo esaurimento dei 150 posti previsti ai fini e.c.m.

La Segreteria Organizzativa si riserva il diritto di non accettare la richiesta d'iscrizione qualora si sia raggiunto il numero massimo di partecipanti previsto (150) e si impegna a darne comunicazione immediata a mezzo telefono o email all'interessato.

L'iscrizione ai fini e.c.m. con la presente scheda è riservata a:  
infermieri, medici (categorie sottoindicate), odontoiatri, psicologi, tecnici di neurofisiopatologia

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

infermiere

medico specialista in:

anestesia e r.  cardiologia  endocrinologia  malattie dell'apparato respiratorio  medicina del lavoro

medicina generale  medicina interna  medicina legale  neurologia  otorinolaringoiatria  pediatria  psichiatria

odontoiatra

psicologo specialista in  psicologia  psicoterapia

tecnico di neurofisiopatologia

Città dove presta servizio : \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Cell: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Invitato da sponsor:  si  no

Nome sponsor: \_\_\_\_\_

*Autorizzo espressamente la Segreteria Organizzativa all'utilizzo dei miei dati ai sensi del D. Leg.vo 196/2003.*

Firma

\_\_\_\_\_