

# IX UP-DATE

in Gastroenterologia

Presidente  
MAURIZIO ZILLI

## UDINE

25-26 Ottobre 2013

CAFC, Sala Meeting  
Viale Palmanova, 192



## Scheda d'iscrizione

Da completare in tutte le sue parti e inviare alla Segreteria Organizzativa **EVERYWHERE s.r.l.**  
Tel. 045 8006786 - Fax 045 593487 - E-mail: info@everywheretravel.it

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Posizione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

Inquadramento professionale  Libero professionista  Dipendente  Convenzionato

Tel. e Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP - Città \_\_\_\_\_

Società/Istituto \_\_\_\_\_

SOCIO ESGE (quota d'iscrizione ridotta del 20%)

### QUOTA D'ISCRIZIONE

- Euro 200,00 + IVA 21% fino all'1 ottobre 2013 (totale euro 242,00)
- Euro 250,00 + IVA 21% dal 2 ottobre 2013 (totale euro 302,50)
- Soci ESGE Euro 160,00 + IVA 21% fino all'1 ottobre 2013 (totale euro 193,60)
- Soci ESGE Euro 200,00 + IVA 21% dal 2 ottobre 2013 (totale euro 242,00)

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Allego assegno di Euro \_\_\_\_\_ non trasferibile intestato a Everywhere s.r.l.
- Allego copia del bonifico di Euro \_\_\_\_\_ effettuato sulle coordinate IBAN IT83B 06225 11716 000000325135, intestato a Everywhere, presso CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO, AG. 2915 - Verona.
- Autorizzo l'addebito sulla carta di credito VISA - MASTER CARD  
Numero di carta \_\_\_\_\_ data di scadenza \_\_\_\_\_  
Titolare \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

- N.B. 1. Le richieste che perverranno prive della quota di iscrizione non saranno accettate.  
2. Le quote versate a mezzo bonifico bancario dovranno pervenire al netto della trasmissione.  
3. Qualora sia richiesta fattura intestata a soggetto diverso si prega di riportare qui di seguito, l'intestazione desiderata completa di tutti i dati fiscali.
- \_\_\_\_\_

### PRIVACY

- Autorizzo il trattamento dei miei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla presentazione dei servizi richiesti.  
N.B.: in assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



AZIENDA  
OSPEDALIERO  
UNIVERSITARIA



Santa Maria  
della Misericordia  
di Udine



CORSO DI FORMAZIONE

## Alimentazione enterale artificiale Indicazioni, percorso, tecnica e problemi associati

Coordinatori: D. Berretti - L. Zoratti

**Udine** 24 Ottobre 2013

CAFC, Sala Meeting - Viale Palmanova, 192

### Scheda d'iscrizione

Da completare in tutte le sue parti e inviare alla Segreteria Organizzativa  
**FORMAZIONE A.O.U. "S. Maria della Misericordia" di Udine**  
Tel. 0432 554245 - Fax 0432 554381  
E-mail: formazione@aoud.sanita.fvg.it

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Posizione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

Inquadramento professionale  Libero professionista  Dipendente  Convenzionato

Società/Istituto \_\_\_\_\_

Tel. e Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP - Città \_\_\_\_\_

### QUOTA D'ISCRIZIONE

L'iscrizione è gratuita e dà diritto alla partecipazione ai lavori e all'attestato di presenza.

#### PRIVACY

Autorizzo il trattamento dei miei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla presentazione dei servizi richiesti. N.B: in assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

CORSO DI FORMAZIONE

## Specialisti del bambino e dell'adulto a confronto

Coordinatori: R. Maieron - S. Martellosi

**Udine** 25 Ottobre 2013

CAFC, Sala Meeting - Viale Palmanova, 192

### Scheda d'iscrizione

Da completare in tutte le sue parti e inviare alla Segreteria Organizzativa  
**EVERYWHERE s.r.l.** - Tel. 045 8006786 - Fax 045 593487  
E-mail: info@everywheretravel.it

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Posizione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

Inquadramento professionale  Libero professionista  Dipendente  Convenzionato

Società/Istituto \_\_\_\_\_

Tel. e Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP - Città \_\_\_\_\_

### QUOTA D'ISCRIZIONE

- Euro 60,00 + IVA 21% fino all'1 ottobre 2013 (totale euro 72,60)
- Euro 90,00 + IVA 21% dal 2 ottobre 2013 (totale euro 108,90)

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Allego assegno di Euro \_\_\_\_\_ non trasferibile intestato a Everywhere s.r.l.
- Allego copia del bonifico di Euro \_\_\_\_\_ effettuato sulle coordinate IBAN IT83B 06225 11716 000000325135, intestato a Everywhere, presso CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO, AG. 2915 - Verona.
- Autorizzo l'addebito sulla carta di credito VISA - MASTER CARD  
Numero di carta \_\_\_\_\_  
data di scadenza \_\_\_\_\_  
Titolare \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

- N.B. 1. Le richieste che perverranno prive della quota di iscrizione non saranno accettate.  
2. Le quote versate a mezzo bonifico bancario dovranno pervenire al netto della trasmissione.  
3. Qualora sia richiesta fattura intestata a soggetto diverso si prega di riportare qui di seguito, l'intestazione desiderata completa di tutti i dati fiscali.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### PRIVACY

Autorizzo il trattamento dei miei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla presentazione dei servizi richiesti. N.B: in assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_