



CONGRESSO NAZIONALE FAMLI

NULLA SI SA, TUTTO SI IMMAGINA**RIMINI, 21-23 NOVEMBRE 2019**

Hotel Ambasciatori – Rimini, Viale Amerigo Vespucci, 22

SCHEDE DI ISCRIZIONEda compilare e inviare via fax al num. 0809904099 o via email a: antonelladangella@italianacongressi.it.
Per informazioni: tel. **0809904054** – Cell. **3921375047** – www.convegni.info/famli Dott. Prof. Avv.

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita ____/____/____

Cellulare _____ Email _____

Indirizzo _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Cod. Fisc. _____ P.IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ragione Sociale Azienda / Ente _____

Indirizzo _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Recapiti corrispondenza preferiti Personali Azienda / Ente Sezione dedicata ai **MEDICI**

Specializzazione _____

Ordine di _____ Numero _____ in data ____/____/____

 Sezione dedicata agli **AVVOCATI**

Albo di _____ Numero _____ in data ____/____/____

 Sezione dedicata agli **ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione _____

Il sottoscritto, conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali per consentire la regolarizzazione dei reciproci rapporti e per la gestione di comunicazioni a carattere informativo, organizzativo e scientifico.

ISCRIZIONE AL CONGRESSO (inclusa IVA escluso spese alberghiere) DEADLINE ISCRIZIONI 10 NOVEMBRE 2019

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> SOCI* - CONSULTA Iscrizioni prima del 10 ottobre 2019 | € 270,00 |
| <input type="checkbox"/> ALTRI Iscrizioni prima del 10 ottobre 2019 | € 390,00 |
| <input type="checkbox"/> SOCI* - CONSULTA Iscrizioni dopo il 10 ottobre 2019 | € 390,00 |
| <input type="checkbox"/> ALTRI Iscrizioni dopo il 10 ottobre 2019 | € 480,00 |
| <input type="checkbox"/> SPECIALIZZANDI (50 posti disponibili a tariffa scontata) | € 220,00 |
| <input type="checkbox"/> WORKSHOP "IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI" | € 50,00 |
| <input type="checkbox"/> WORKSHOP "LO STUDIO MEDICO LEGALE: ORGANIZZAZIONE FISCALE E DINTORNI" | € 50,00 |

*Indicare l'associazione di appartenenza _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

-
- BONIFICO BANCARIO – IBAN: IT53B030694144210000001854**
-
- Banca Intesa San Paolo. Bonifico intestato a
- ITALIANA CONGRESSI E FORMAZIONE Srl**
- . Specificare nella causale
- FAMLI**
- e i riferimenti della persona che si iscrive

Data _____

Firma _____



CONGRESSO NAZIONALE FAMLI

NULLA SI SA, TUTTO SI IMMAGINA



RIMINI, 21-23 NOVEMBRE 2019

Hotel Ambasciatori – Rimini, Viale Amerigo Vespucci, 22

SCHEDA PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

da compilare e inviare all'Hotel Ambasciatori via fax al num. 0541-23790 o via email
a: info@hotelambasciatori.it. Per informazioni: tel. 0541-55561

Cognome	Nome		
Luogo di nascita	Prov.	Data di nascita	/ /
Cellulare	Email		
Tel.	Fax		

Periodo prenotabile dal 21/11 al 23/11

(l'indicazione di periodi differenti può comportare variazione tariffaria o mancata disponibilità)

- Camera Singola** Nr. ____ **€ 55,00** **Camera Doppia** Nr. ____ **€ 80,00**
- Treatment pernottamento e prima colazione Tassa di Soggiorno **€ 2,50 a persona, a notte**
- Le tariffe sopraindicate si intendono **per camera, al giorno** e sono comprensive di IVA alberghiera.

Nr. Notti ____ Arrivo il _____ Partenza il _____

MODALITA' OPERATIVE E ANNULLAMENTO

Ad esaurimento delle camere a disposizione presso l'Hotel Ambasciatori, ci riserviamo di assegnare le camere richieste in altri hotel limitrofi di pari livello.

Ciascun partecipante provvederà a prenotare la propria sistemazione alberghiera tramite scheda direttamente all'Hotel Ambasciatori via fax al numero 0541-23790 o e-mail all'indirizzo info@hotelambasciatori.it. La tariffa particolarmente favorevole prevede che, in caso di annullamento o mancato soggiorno, non venga effettuato alcun rimborso.

MODALITA' DI PAGAMENTO ALBERGO

A) Bonifico Bancario: emesso dal partecipante pari all'importo dell'intero soggiorno confermato per ogni camera prenotata e dovrà riportare la seguente dicitura "**NOME COGNOME, evento FAMLI**" **Hotel Ambasciatori (Hotel Ambasciatori s.r.l)**

Cassa di Risparmio di Rimini - filiale Riccione – IBAN: IT16Y0628524121CC0218061574

B) Numero di carta di credito: Autorizzo Hotel Ambasciatori srl al prelievo, anche in caso di annullamento o di mancato arrivo, dalla mia carta di credito: Carta di credito VISA AMERICAN EXPRESS DINERS MASTERCARD

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

Numero Carta di Credito

Scadenza |__|____| Intestata a _____ Firma _____

DATI FISCALI PER LA FATTURAZIONE ALBERGO

Ragione Sociale Azienda / Nominativo			
Indirizzo	Cap.	Città	Prov.
Tel.		Fax	
Cod. Fisc.		P.IVA	

Ai sensi dell'art. 1341/1342 del Codice Civile, si dichiara di accettare specificatamente, dopo averne preso visione, tutte le clausole del presente accordo contrattuale e relativi a Modalità operative e annullamento. Consento il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'articolo 13D. Lgs n.196/2003 e successive disposizioni per l'Archiviazione nei documenti del destinatario del presente modulo (Hotel Ambasciatori srl Rimini).

Data _____

Firma _____