

# Strategie di comunicazione e adeguatezza delle relazioni di aiuto per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria

Aliseo Conference Center - Germaneto, Bivio S. Floro – Catanzaro, 29 novembre 2014

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare in stampatello ed inviare a mezzo email (nicoletta@aliseocommunication.it) o fax (0961.954021)  
ad Aliseo Communication s.r.l. entro e non oltre il **18/10/2014**

Cognome\* \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita\* \_\_\_\_\_ CAP \* \_\_\_\_\_ Prov.\* \_\_\_\_\_  
 Data di nascita\* \_\_\_\_\_ Codice fiscale\* \_\_\_\_\_  
 Professione\*  **INFERMIERE**  **INFERMIERE PEDIATRICO**  
 Ente di appartenenza \_\_\_\_\_  
 Indirizzo privato\* \_\_\_\_\_  
 CAP\* \_\_\_\_\_ Città\* \_\_\_\_\_ Prov. \* \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
 E-mail\* \_\_\_\_\_  
 N° d'iscrizione \* \_\_\_\_\_ all'Ordine/Collegio Professionale della prov. di \_\_\_\_\_

### INFERMIERE / INFERMIERE PEDIATRICO

**DIPENDENTE**

Si **impegna** ad ottemperare all'obbligo di segnalazione preventiva alla rispettiva struttura sanitaria di appartenenza (art. 124 comma 4 DL 219/2006) e ai sensi della vigente normativa ECM, **si impegna** ad inviare copia dell'autorizzazione della struttura sanitaria alla Segreteria Organizzativa, prima dell'inizio dell'evento, per confermare l'iscrizione.

**LIBERO PROFESSIONISTA**

Dichiara di esercitare esclusivamente in regime libero-professionale e dunque di non essere dipendente di struttura sanitaria e di non essere assoggettato all'obbligo di cui sopra

### DATI FISCALI PER IL RILASCIO DELLA FATTURA

Intestazione fattura\* \_\_\_\_\_  
 C.F./P.IVA\* \_\_\_\_\_  
 Indirizzo (domicilio fiscale) \* \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Città\* \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

### QUOTA DI ISCRIZIONE

La quota d'iscrizione è di € 65,00 iva compresa e comprende: la partecipazione al corso, il kit congressuale, il coffee break, l'attestato di partecipazione e l'attestato ECM. Non verranno accettate iscrizioni senza il pagamento della quota.

### MODALITA' DI PAGAMENTO

**Allego** copia del bonifico bancario effettuato a favore di Aliseo Communication s.r.l., sul c/c n° IT61 X 01005 04403 000000002314 della Banca Nazionale del Lavoro, Agenzia di Catanzaro Nord, specificando nella causale: Quota iscrizione Corso Infermieri del 29/11/2014 – Nome e Cognome del partecipante. Commissioni bancarie a carico del partecipante.

### CLAUSOLE

#### Annullamento

Il corso si terrà solo ed esclusivamente in caso di raggiungimento del numero minimo di partecipanti necessario per la realizzazione dello stesso. Aliseo Communication si riserva la facoltà di spostare la data dandone comunicazione agli iscritti oppure di annullare completamente il corso programmato.

In quest'ultimo caso, le quote di partecipazione versate saranno rimborsate integralmente nel giro di pochi giorni, previa ricezione delle coordinate bancarie sulle quali effettuare il riaccredito della somma.

#### Rinuncia

Ogni eventuale rinuncia alla partecipazione del corso, dovrà essere comunicata per iscritto all'Aliseo Communication.

La rinuncia di partecipazione non prevede il rimborso della quota d'iscrizione versata.

#### Sostituzione del partecipante

In qualsiasi momento, purché preceduta da comunicazione scritta e accordo con l'Aliseo Communication, è possibile inoltrare una richiesta per la sostituzione del partecipante.

Con l'invio del presente modulo dichiaro di accettare espressamente tutte le condizioni sopra riportate. Autorizzo l'Aliseo Communication S.r.l. al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs. n° 196/03.

Le informazioni saranno utilizzate per trasmettere i dati dei partecipanti richiesti dal Ministero della Salute per il rilascio dei crediti ECM.

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

La compilazione dei campi contrassegnati con \* è obbligatoria per ricevere i crediti ECM e per l'emissione della fattura