

4th MEETING CARDIORISONANZA 2014

October 22-23

ATAHOTEL EXECUTIVE, Viale Don Luigi sturzo, 45 – Milan

REGISTRATION FORM - *SCHEDA DI ISCRIZIONE*

To be sent to (*da inviare a*): I.P. IDEA PROMOTION, P.le Lugano, 9 – Milan
Ph.: +39 02 48009700 Fax: +39 02 36539079 e-mail: ip@ideapromotion.com

Please, fill in this form using block letters

(si prega di scrivere in stampatello)

LAST NAME _____ FIRST NAME _____
(*Cognome*) (*Nome*)

ADDRESS FOR INVOICE (*indirizzo di fatturazione*):

☐ HOME ADDRESS ☐ SPONSORING COMPANY _____
(*domicilio*) (*azienda sponsor*)

ADDRESS(*via*) _____

ZIP CODE(*cap.*) _____ CITY(*città*) _____ COUNTRY (*nazione*) _____

PHONE (*telefono*) _____ MOBILE PHONE (*cellulare*) _____

EMAIL _____ @ _____

Cod. Fiscale/Partita IVA (for Italian residents only)

REGISTRATION FEE

Physician (*Medico*)

- | | |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> By September 2 (<i>entro il 2 settembre</i>) | € 250,00 + IVA/VAT 22% |
| <input type="checkbox"/> After September 2 (<i>dopo il 2 settembre</i>) | € 320,00 + IVA/VAT 22% |
| <input type="checkbox"/> Registration at the congress | € 370,00 + IVA/VAT 22% |

☐ **Technician** (*tecnico*) € 180,00 + IVA/VAT 22%

☐ **Trainee** (*specializzando*) € 180,00 + IVA/VAT 22%

☐ **LIGHT BUFFET (nr. 1)**

€ 25,00 + IVA/VAT 10%

- **REGISTRATION FEE** include: conference kit, certificate of attendance, certificate CME credits for Physician and Abstracts online (*la quota di iscrizione include Kit congressuale, certificato di partecipazione, certificato ECM e Abstracts online*)
- **Billing and validation of fee will be made only after payment of the same** (*La fatturazione e la convalida delle quote sarà effettuata solo dopo il pagamento della stessa*)
- **Registration fees already billed will be not canceled** (*Le quote di iscrizione già saldate non potranno essere cancellate*)

PAYMENT METHOD:

- **by bank transfer** (*bonifico bancario*):

BANCA POPOLARE COMMERCIO & INDUSTRIA Ag. Mazzo di Rho (MI)

IBAN: IT 54 T 05048 20502 0000 0000 4741 - BIC/SWIFT: POCIITM1

(Specify causal: title of the congress + physician name and send a copy of the bank transfer together with the registration form – Specificare causale: titolo del congresso + nome del medico)

- **by credit card** (*carta di credito*):

◇ VISA ◇ MASTERCARD ◇ MAESTRO

Card nr. _____
(Carta n°)

Expiration date _____
(data di scadenza)

Cardholder's name _____
(nome del titolare della carta)

DATE _____ SIGNATURE _____
(data) (firma)

Privacy - Italian Law nr. 196/2003 - We warrant complete privacy on personal data. They will be used only for communications concerning the meeting organization.

Legge sulla privacy n° 196/2003 – Verrà garantita la riservatezza dei dati personali, che verranno usati esclusivamente per comunicazioni inerenti all'organizzazione del convegno