

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

**Compilare in stampatello ed inviare alla Segreteria organizzativa:  
Angela Rizzi - angelarizzi@evosrl.eu - Tel. +39 349 2276792 - e-mail: iscrizioni @evosrl.it**

**NOME**..... **COGNOME** .....

**VIA** ..... **CAP**..... **CITTA'** .....

**PROV** ..... **TEL** .....**FAX** ..... **EMAIL** .....

QUOTE	ENTRO IL 30 SETTEMBRE	DAL 01 OTTOBRE ED IN SEDE CONGRESSUALE
Soci CIS	€ 120,00 + IVA 22%	€ 180,00 + IVA 22%
Non Soci	€ 220,00 + IVA 22%	€ 280,00 + IVA 22%
Iscritti Albo FISS, Soci SIA, Studenti Universitari	€ 180,00 + IVA 22%	€ 240,00 + IVA 22%
Espositori/Sponsor	Vengono forniti un massimo di n. 2 badges non nominativi per Azienda. Il badge dà diritto alla artecipazione ai lavori scientifici, ingresso all'area espositiva, coffee break, colazione di lavoro.	
Cena Sociale	€ 40,00	

### IL CORSO È IN FASE DI ACCREDITAMENTO ECM PER N. 150 PERSONE

**Per le seguenti categorie: Psicologi, Psicoterapeuti, Medici di Medicina Generale, Ginecologi, Andrologi, Urologi, Cardiologi, Neuropsichiatri, Psichiatri, Endocrinologi, Dermatologi, Educatori, Assistenti Sanitari, Assistenti Sociali, Infermieri, Fisioterapisti (pavimento pelvico), oncologi.**

#### La quota include la partecipazione:

ai lavori scientifici, ingresso all'area espositiva, coffee break, colazione di lavoro, E dà diritto a ricevere: kit congressuale e attestato di partecipazione.

Per usufruire dell'iscrizione gratuita la scheda deve essere accompagnata da una dichiarazione della Società di appartenenza

Le pre-iscrizioni verranno accettate entro il **5 Novembre 2017**. Successivamente si accetteranno solamente iscrizioni in sede congressuale.

**E' OBBLIGATORIO CONFERMARE LA PRESENZA ALLA CENA ENTRO IL 30 OTTOBRE 2017; LA PARTECIPAZIONE SARA' SUBORDINATA ALLA CONFERMA DI PARTECIPAZIONE.**

#### COMUNICAZIONI E POSTER

**Gli abstract dovranno pervenire entro e non oltre il 20 Settembre 2017 secondo le modalità indicate nello specifico form alla mail: abstract2017@cisonline.net presa visione entro il 20 ottobre 2017 verrà data conferma di Accettazione all'indirizzo mai riportato sulla scheda.**

#### TERMINI DI PAGAMENTO:

##### Bonifico Bancario

UNICREDIT BANCA  
Filiale P.zza Galvani, 4, Bologna  
IBAN: IT95X0200802430000103306710  
intestato a E.V.O. Srls

**Causale: CIS 2017 quota d'iscrizione  
NOME E COGNOME ISCRITTO**

##### INTESTAZIONE FATTURA

Denominazione/Rag. Sociale .....

Indirizzo .....

C.F. ....

P. IVA. ....

Ai sensi della Decreto Legislativo del 30 giugno 2003 n. 196 autorizzo la E.V.O Srls alla gestione della registrazione ed al trattamento dei dati personali forniti con la presente scheda.

Data .....

Firma .....

