



Ufficio Formazione  
Fax 041/2906762

sito internet: [www.ospedalevillasalus.it](http://www.ospedalevillasalus.it)  
e-mail: [formazione@ospedalevillasalus.it](mailto:formazione@ospedalevillasalus.it)

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto/a:

COGNOME ..... NOME .....

nato/a a ..... il .....

CODICE FISCALE .....

INDIRIZZO .....

CITTÀ ..... C.A.P. .... PROV. ....

TELEFONO ..... CELLULARE .....

INDIRIZZO e-mail .....

Chiede di essere iscritto/a al corso di formazione

#### **“UPDATE SUL TRATTAMENTO LOCALE DELLE ULCERE DA PRESSIONE”**

che si svolgerà il

**19 maggio 2011**

presso Sala Convegni “C. Weisz” OSPEDALE CLASSIFICATO VILLA SALUS – MESTRE (VE)

Dichiara di svolgere la professione di .....

presso .....

Allega copia del bonifico di  € 90,00 IVA inclusa o  € 75,00 IVA esclusa

#### **COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTO**

*Ospedale Classificato Villa Salus*

Cassa di Risparmio del Veneto – via Marconi, 51/c – Mogliano Veneto (TV)

**IBAN:** IT18Y0622561800100000002376

Chiede che la fattura venga intestata a:

.....  
.....

Codice Fiscale: .....

Partita IVA : .....

- Dichiaro sotto la propria responsabilità che il soggetto destinatario della fattura è che ha effettuato il pagamento del corrispettivo dovuto è un ente pubblico. Chiedo pertanto che, secondo quanto previsto dall’art. 14 comma 10 della legge 24 dicembre 1993 n. 537, la fatturazione venga effettuata in esenzione di IVA ai sensi dell’art. 10 del DPR 26 ottobre 1972 n. 633.

Firma .....

- Autorizzo al trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 sulla tutela della Privacy, per tutte le attività inerenti la presente richiesta di adesione e per la trasmissione dei dati agli Enti competenti in materia ECM.

Data .....

Firma .....