SCHEDA DI ISCRIZIONE

AL CORSO PER VETERINARIO AZIENDALE
MODULO INTEGRATIVO CLASSYFARM

Mercoledì 27 febbraio 2019 (4 ore)

ISCRIZIONE E PAGAMENTO ON LINE: http://registration.evsrl.it
Pagamento con carta di credito oppure tramite bonifico bancario
Seguendo tale modalità di pagamento NON inviare la scheda cartacea

OPZIONE CONSIGLIATA

ISCRIZIONE CON MODULO CARTACEO: (allegare sempre l'attestazione di pagamento)
- a: info@sivarnet.it oppure al fax 0372/403554
- per posta a EV Soc. Cons. a r.l. - Via S. Trecchi, 20 - 26100 Cremona

IL SOTTOSCRITTO

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

VIA, CAP, CITTÀ E PROVINCIA .....

TELEFONO ..... CELL. .....

E-MAIL .....

CODICE FISCALE (dato richiesto per il rilascio dei crediti ECM) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ORDINE DEI VETERINARI DI ..... TESSERA N° .....

CHIEDE DI PARTECIPARE:

❍ **AL MODULO INTEGRATIVO** (pomeriggio del 27 febbraio, 2019)
- ❑ Socio SIVAR: **€ 50,00** (€ 40,98 + IVA)
- ❑ Non Socio SIVAR: **€ 150,00** (€ 122,85 + IVA)

METODO DI PAGAMENTO CON L' ISCRIZIONE VIA MODULO CARTACEO

Il pagamento deve essere effettuato tramite (non saranno accettate domande di iscrizione accompagnate da forme di pagamento diverse dalle seguenti):

❑ **Assegno bancario** non trasferibile o assegno circolare (da allegare alla presente domanda)

N. ..... della banca ..... Emesso in data .....
intestato a E.V. Soc. Cons. a r.l.

❑ **Vaglia postale**, intestato a E.V. Soc. Cons. a r.l. - Palazzo Trecchi - 26100 Cremona
Si prega di indicare la causale del versamento (allegare la fotocopia del versamento)

❑ **Carta di Credito** ❍ Carta Sì ❍ Mastercard ❍ Visa *(non si accettano Carte di Credito elettroniche)*

Titolare carta (obbligatorio) .....

Numero carta |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

7 numeri (sul retro) |_|_|_|_| |_|_|_| Scadenza |_|_| |_|_|

❑ **Contanti** (solo se consegnati personalmente alla segreteria organizzativa)

RESTITUZIONE QUOTA ISCRIZIONE CORSO

PREVISTA IN CASO DI ESCLUSIONE O DI RINUNCIA. Le richieste di rinuncia verranno totalmente rimborsate solo se pervenute entro 5 giorni dalla data di inizio di ciascun corso.

INDICARE OBBLIGATORIAMENTE L'IBAN

In caso di mancata compilazione la contabilità E.V. non provvederà al rimborso.

IBAN .....

Intestato a .....

INTESTAZIONE FATTURA (obbligatoria)

Codice destinatario .....

La fattura va intestata a .....

Domicilio fiscale .....

Partita IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (solo se non in possesso di partita IVA)

❑ **Dichiaro di avere preso visione delle condizioni di partecipazione al corso.** **Firma** .....

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali - "GDPR" - La informiamo che i Suoi dati personali saranno trattati nel rispetto della predetta normativa e solo per l'esecuzione dei servizi richiesti. La raccolta dei suoi dati personali è necessaria per gestire la sua richiesta di iscrizioni all'evento sopra descritto. Per maggiori informazioni sul trattamento dei Suoi dati potrà consultare l'informativa privacy presente sul sito web dell'organizzatore dell'evento. Per presa visione dell'informativa privacy.

Firma .....