

BOLOGNA

22-23 ottobre 2027
25-26-27 novembre 2027



Un percorso dedicato
all'odontoiatria extra clinica
Il sistema operativo dello studio
odontoiatrico



SEGRETERIA SIPRO: Tel. 331 6710644 • E-mail: segreteria@siprotesi.it

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Da trasmettere all'indirizzo di posta elettronica della Segreteria

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell _____

E-mail _____ @ _____

Luogo _____ Data di nascita _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

(obbligatorio ai sensi del Decreto-legge Bersani 248/06)

Partita IVA (obbligatoria se esistente) _____

Codice Univoco (in assenza inserire mail PEC) _____

Il percorso formativo è rivolto al Team di Studio Odontoiatrico.

Quote di partecipazione

	Qualifica	Quota d'iscrizione IVA esclusa	IVA 22%	Quota d'iscrizione (IVA 22% inclusa)
☐	ODONTOIATRA - SOCIO SIPRO	1.475,41 €	324,59 €	1.800,00 €
☐	ODONTOIATRA - SOCIO SIPRO JUNIORES	1.229,51 €	270,49 €	1.500,00 €
☐	NON SOCIO DONTIOATRA	1.803,28 €	396,72 €	2.200,00 €
☐	STAFF OPERATIVO n. _____	319,67 €	70,33 €	390,00 €

È richiesto il pagamento di un acconto pari al 50% all'atto dell'iscrizione; il restante importo dovrà essere versato entro il 30 settembre 2027.

I materiali didattici saranno forniti dall'Organizzazione.

Sarà cura del Corsista provvedere al computer portatile per le esercitazioni pratiche.

1. Cognome _____ Nome _____
qualifica professionale _____ E-mail: _____

Iscrizione al Corso anche per i seguenti professionisti dello STUDIO:

2. Cognome _____ Nome _____
qualifica professionale _____ E-mail: _____

3. Cognome _____ Nome _____
qualifica professionale _____ E-mail: _____

TOTALE DOVUTO: € _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- **ACCONTO: 50%**, all'atto dell'iscrizione.
- **SALDO:** entro il 30 settembre 2027 anche in due comode rate da concordare con la Segreteria.

A MEZZO:

☐ **Bonifico bancario** a favore di: Società Italiana di Protesi presso Monte dei Paschi di Siena - presso Monte dei Paschi di Siena, Filiale Via Mazzini, 7 - MILANO ▪ IBAN: IT66H0103001600000010250679 Nella causale si prega di indicare: nome, cognome e "Corso SIPRO ODONTOIATRIA EXTRA CLINICA 2027"

CANCELLAZIONI E RIMBORSI: L'annullamento dell'iscrizione sarà accettato solo a fronte di una richiesta scritta indirizzata alla Segreteria (E-mail: segreteria@siprotesi.it). È previsto il rimborso dell'acconto della quota d'iscrizione (al netto di € 50,00 per spese amministrative) per le cancellazioni comunicate alla Segreteria entro il 15 settembre 2027. Dopo tale data non sarà esigibile alcun rimborso.

ISTRUZIONI: La presente scheda di iscrizione verrà considerata valida solo se compilata in ogni sua parte e accompagnata dalla quota relativa. Si prega di dattiloscivere o compilare in stampatello e inviare a SIPRO via e-mail: sipro.protesi@gmail.com

Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali: Ai sensi del regolamento UE 679/2016 e successive modifiche o integrazioni, la informiamo che i suoi dati personali, acquisiti tramite il modulo di iscrizione, saranno trattati da SIPRO, titolare del trattamento, anche con l'ausilio di mezzi elettronici per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dall'associazione e non saranno ceduti a terzi senza il suo consenso. In qualsiasi momento potrà chiedere la rettifica o la cancellazione dei dati, nonché opporsi all'invio, da parte nostra, di materiale pubblicitario o informazioni commerciali con una comunicazione indirizzata a: sipro@twtcert.it. L'informativa completa potrà essere reperita sul sito: www.siprotesi.it

Le chiediamo di concederci il suo consenso per le seguenti finalità:

a) *Adempimenti connessi con l'organizzazione di eventi*

(Nome, Cognome) _____ ☐ Acconsento ☐ Non acconsento

(Nome, Cognome) _____ ☐ Acconsento ☐ Non acconsento

(Nome, Cognome) _____ ☐ Acconsento ☐ Non acconsento

b) *L'invio di informazioni su nuove iniziative o corsi e materiale promozionale*

(Nome, Cognome) _____ ☐ Acconsento ☐ Non acconsento

Data _____ Firma _____

c) *Per attività di comunicazione a terzi (aziende di settore sponsor istituzionali)*

(Nome, Cognome) _____ ☐ Acconsento ☐ Non acconsento

Data _____ Firma _____