

SCHEDA DI ADESIONE
GIORNATE DI STUDIO SIMFER SARDEGNA 2025 - inviare a posta@aservicestudio.eu
 8 Marzo (Cagliari) - 5 Aprile (Cagliari) - 10 Maggio (Sardara)

(Compilare in stampatello o dattiloscivere - Condizione fornitura dei servizi nelle note sul retro)

Dati Personali:	Cognome _____ Nome _____
	Indirizzo _____ Cap _____ Città _____
	cell _____ e-mail _____ CF _____
	Professione _____ Disciplina (specificare per crediti ecm) _____
	Sede/Ospedale _____ città _____
in qualità di: <input type="checkbox"/> Specializzando <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Libero profess. _____	
Dati per ricevute/fatture (indicare i dati solo se differenti dai dati personali): Azienda _____	
indirizzo _____ Cap _____ Città _____ P.IVA _____ e CF _____	
Posta certificata PEC _____ oppure codice destinatario _____	

	entro il 31gen fino al raggiungimento dei posti disponibili	oltre il 31gen previa disponibilità
a) ADESIONE UNICA per tutte le tre giornate di studio (*):		
<input type="checkbox"/> per Medici (iscritti SIMFER con crediti ECM) (**)	240,00 €	300,00 €
<input type="checkbox"/> per Medici (<u>NON</u> iscritti SIMFER con crediti ECM)(**)	300,00 €	350,00 €
<input type="checkbox"/> per le altre figure (es. Fisioterapisti, Dietisti, etc)(**) vedi elenco delle professioni accreditate in brochure (**)	210,00 €	250,00 €
<input type="checkbox"/> per Specializzandi in Medicina Fisica e Riabilitativa e Studenti (senza crediti ecm) (**) Max 20pax	60,00 €	60,00 €
b) ADESIONE AI SERVIZI CATERING		Prenotazione solo in sede corsuale previa disponibilità
<input type="checkbox"/> lunch per tutte le giornate	70,00 €	40,00 cad.
TOT (a+b)	_____,00 €	_____,00 €
La Segreteria Organizzativa comunicherà l'accoglimento della richiesta (iscrizione a numero chiuso).		

La/il sottoscritt/a dichiara di **NON** essere stato invitato da Aziende Sponsor oppure La/il sottoscritto dichiara di essere edotto che i crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento sono acquisibili mediante reclutamento diretto entro il limite massimo di 1/3, e segnala che per questo percorso formativo è stato invitato dalla seguente Azienda Sponsor ____.

Art. 80 Reclutamento dei discenti. Comma 3 Accordo tra il Governo, le Regioni 02/02/2017...si considera reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario. Prima dell'inizio dell'evento, il professionista sanitario deve dichiarare al provider il proprio reclutamento e il mancato superamento del limite di cui al precedente comma. La violazione di tale obbligo viene segnalata dall'ente accreditante all'Ordine, Collegio, Associazione Nazionale o loro Federazioni cui il professionista risulta iscritto. Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara che non vi sono impedimenti da parte del proprio ente di appartenenza alla partecipazione dell'evento di cui sopra e che ciò non è in conflitto con i propri doveri d'ufficio ed orari di lavoro. Aservice studio Srl è da me interamente manlevata a detto riguardo. I suoi dati personali fornitici nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico Regolamento Europeo 2016/679 ex D.LGS. del 30-06- 2003, n° 196 Pregasi visionare l'informativa partecipanti corsi ecm reperibile al seguente link: <https://ecm.agenas.it/privacy-policy>

DATA ____/____/ 2025

FIRMA _____
 (per conferma di quanto espresso sopra e in nota)

(pagina da non spedire via mail)

(*) **ADESIONE AL CORSO**

La scheda di adesione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire per posta elettronica alla Segreteria Organizzativa: Aservice Studio Srl Via Machiavelli 136, 09131 Cagliari, tel 070/42939 posta@aservicestudio.eu

Orari ufficio (Lun-Gio orario 9-12)

L'ASERVICE STUDIO srl provvederà a registrare l'adesione al corso che include: il Kit congressuale, i Coffee Break se previsti, l'Attestato di partecipazione con crediti ecm (categoria Sanità), l'Attestato di partecipazione senza crediti. Non sono inclusi i servizi catering "colazione di lavoro", salvo specifica prenotazione indicata nella scheda di adesione. In merito alle iscrizioni a carico di ASL e AO la quota dovrà comunque essere anticipata dal partecipante. La relativa fattura elettronica quietanzata verrà intestata alla ASL/AO solo se sarà presentata la relativa delibera al momento della sottoscrizione altrimenti la fattura sarà emessa a nome dell'iscritto che eventualmente potrà presentarla per il rimborso secondo le regole della propria azienda.

La Segreteria Organizzativa si riserva di comunicare via mail l'eventuale non disponibilità (adesione a numero chiuso).

Non è prevista l'iscrizione alle singole giornate.

(**) I corsi sono accreditati singolarmente per cui i crediti formativi di ogni singolo evento verranno acquisiti con il superamento del test di valutazione effettuato al termine della singola giornata. Nel caso di assenza si perderanno i crediti per la sola giornata a cui non si è partecipato.

Crediti ECM assegnati per **Medici Chirurghi (Area Interdisciplinare, ossia TUTTI i medici), Fisioterapisti, Logopedisti, Dietisti, Psicologi, Tecnici Ortopedici, Terapisti Occupazionali, Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Infermieri.** E' prevista l'adesione **SENZA** Crediti per Specializzandi in Medicina Fisica e Riabilitativa e Studenti (max 20 pax).

MODALITA' DI PAGAMENTO

E' possibile richiedere la RICEVUTA oppure la FATTURA (suggerita per i liberi professionisti).

In base alla propria scelta eseguire il bonifico sul conto dedicato:

in caso di richiesta della [RICEVUTA](#)

E' possibile provvedere al pagamento mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate: **IBAN IT35H0306904856100000001326** codice swift bic: BCITITMM Banca Intesa San Paolo - Filiale 07249 - Largo Gennari Cagliari intestato a AIMOS provider (causale: NOME COGNOME progetto formativo Giornate di Studio SIMFER Sardegna). Non saranno accettati bonifici gravati di spese bancarie.

Oppure

in caso di richiesta della [FATTURA](#)

E' possibile provvedere al pagamento mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate: **IBAN IT62U0306904856100000001000** BIC: BCITITMM Banca Intesa San Paolo - Filiale 07249 - Largo Gennari Cagliari intestato Aservice Studio srl (causale: NOME COGNOME iscrizione Giornate di Studio SIMFER Sardegna). Non saranno accettati bonifici gravati di spese bancarie.

RINUNCE

Le rinunce che perverranno ad ASERVICE STUDIO via mail entro il 08/02/2025 daranno luogo al rimborso della quota. Per le rinunce che perverranno dopo tale data non è previsto alcun rimborso. Le pratiche di rimborso saranno evase a chiusura del corso entro 30gg.

INFORMAZIONI Aggiornamenti sul sito dedicato: www.aservicestudio.eu