Network Italiano Sanitario
PER LA CONDIVISIONE DEI COSTI STANDARD,
DEGLI INDICATORI E DEI RISULTATI

CONVEGNO NAZIONALE
"Giornate di studio sui costi standard in sanità "
PADOVA 19-20 OTTOBRE 2015

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
- AZIENDA OSPEDALIERA di PADOVA – U.O.C. RAPPORTI CON L'UNIVERSITA' E FORMAZIONE-
Via Falloppio 17, 35131 Padova **Elisa Rossato E_mail:** elisa.rossato@sanita.padova.it

MODALITA' D' ISCRIZIONE:

- ❑ per il **personale dipendente** dell'Azienda Ospedaliera di Padova è gratuita ed avviene tramite l'abilitato in piattaforma nel portale della formazione: http://istruendo.sanita.padova.it;
- ❑ per il personale esterno avviene tramite richiesta scritta all'indirizzo e-mail elisa.rossato@sanita.padova.it. Ricevuta la conferma della disponibilità dei posti, si richiede l'invio del presente modulo con copia del versamento della quota di iscrizione che è di: **30€ (ESCLUSI Soci)+ IVA se dovuta.**

– **SE LA FATTURA E' INTESTATA A SOGGETTO PRIVATO** il versamento deve essere fatto tramite bonifico bancario alla Banca Monte dei Paschi di Siena e intestato a: AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA – IBAN IT69C0103012134000001100168 – Causale "CONVEGNO N.I.San - iscrizione Nome e Cognome"

– **SE LA FATTURA E' INTESTATA AL PROPRIO ENTE PUBBLICO** il versamento deve essere fatto tramite bonifico bancario alla Banca D'Italia e intestato a: TESORERIA UNICA DELLA BANCA D'ITALIA – IBAN IT40S0100003245221300306223 – Causale "CONVEGNO N.I.San- iscrizione Nome e Cognome"

INDICARE SE E': ❑ SOCIO ❑ NON SOCIO

INDICARE SE PARTECIPA: ❑ EVENTO CULTURALE E BUSINESS DINNER ❑ SOLO EVENTO CULTURALE

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

Nato/a .....**il**.....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Professione_____ _____ **Disciplina**_____

Indirizzo di residenza: Via / Piazza.....**n** .....

Comune:..... **Provincia:**.....**CAP** .....

Cellulare.....**Tel.**.....**e-mail** .....

Per l'intestazione fattura indicare se deve essere intestata a:

❑ Se stesso ❑ Proprio Ente

Ente di appartenenza:.....

Indirizzo dell'Ente: Via / Piazza.....**n** .....

PARTITA I.V.A/C.F. .....

Profilo lavorativo:

❑ Dipendente del SSN ❑ Convenzionato SSN
❑ Libero Professionista ❑ Altro

Data ..... Firma .....

Il sottoscritto ..... autorizza ai sensi della legge n. 675 / 96, 123 / 97 e successive integrazioni e modifiche ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare attività formative; comunicazioni a terzi al fine di favorire l'inserimento lavorativo, invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative. (Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata dal sottoscritto)
Firma ..... Data .....