

DIFFICOLTÀ ALIMENTARE-DEGLUTOLOGICA NEL BAMBINO CON PARALISI CEREBRALE INFANTILE: LA VISIONE RIABILITATIVA FISIOTERAPICA E LOGOPEDICA

Presidio Extraospedaliero "Gli Angeli Di Padre Pio",
Hotel Convenzionato: Approdo
Viale Padre Pio, n. 24, 71013 San Giovanni Rotondo.
15 - 16 ottobre 2016

Da inviare per E-MAIL (info@ssl.it)

COMPILARE TUTTI I CAMPI. SCRIVERE IN STAMPATELLO

COGNOME E NOME

QUALIFICA

TIPOLOGIA LAVORATIVA: barrare una sola casella

libero professionista dipendente convenzionato studente

INDIRIZZO: Via/piazza n°

COMUNE PROV. CAP

TEL. CELL (obbligatorio).....

MAIL

LUOGO DI NASCITA PROV.....

DATA DI NASCITA (gg/mm/aaaa).....

CODICE FISCALE

PARTITA IVA

IBAN: IT 72 V 03268 03800 052412559080 - Banca Sella - Campobasso

intestato a: Società Scientifica Logopedisti Italiani, v. G. de' Menabuoi, 2 - 35132 Padova

Con causale: ISCRIZIONE CORSO Difficoltà alimentare-deglutologica + nome partecipante.

Alla quota :

Socio SSLI	€ 140 € (esente IVA)	€ 170,8€ (IVA 22% inclusa)
Socio FLI	€ 170 € (esente IVA)	€ 207,4 € (IVA 22% inclusa)
Non socio SSLI e FLI	€ 200 € (esente IVA)	€ 244 € (IVA 22% inclusa)
Fisioterapisti, TNPEE, T.O, Medici (NPI, foniatri, otorini, neurologi, fisiatri, pediatri)	€ 170 € (esente IVA)	€ 207,4 € (IVA 22% inclusa)
Studenti	€ 120€ (esente IVA)	€ 146,4€ (IVA 22% inclusa)

Tutti i corsi sono tenuti al versamento dell'IVA al 22%. Sono esentati dall'IVA solo ed esclusivamente gli Enti Pubblici che versano la quota di iscrizione ai propri dipendenti, autorizzati con lettera su carta intestata dell'Ente (da inviare all'atto dell'iscrizione) con citazione dell'art. 10 comma 3 - DPR 633/72, modificato dall'art.14 L. 537/93, e riportante tutti i dati dell'ente necessari per la fatturazione.

La Banca dove ha aperto il conto
 Nome e cognome (compilare anche se si tratta di un minore)

Indirizzo: Via/Piazza n°

CAP Comune Prov.

Telefono: CA Codice fiscale

Il nome del Dep. INPS, con il numero di contributo di cui è titolare

Aut. **Prov.**

La Banca dove ha aperto il conto
 Nome e cognome (compilare anche se si tratta di un minore)

Indirizzo: Via/Piazza n°

CAP Comune Prov.

Telefono: CA Codice fiscale

Il nome del Dep. INPS, con il numero di contributo di cui è titolare

Aut. **Prov.**

La Banca dove ha aperto il conto
 Nome e cognome (compilare anche se si tratta di un minore)

Indirizzo: Via/Piazza n°

CAP Comune Prov.

Telefono: CA Codice fiscale

Il nome del Dep. INPS, con il numero di contributo di cui è titolare

Aut. **Prov.**