

Rome Breast Surgery Symposium

Reconstruction and Aesthetic: Obtaining Safety and Results

Rome. June 4-6 2014

REGISTRATION FORM

Send back to Organizing Secretariat: **ALFA FCM Srl**

Headquarters: Via Paolo Emilio 7, 00192 Rome - Italy

Tel: +39 06.87757099 - +39 06.87756028

Fax: +39 06.87758886

E-mail: secretariat@romebreastsurgery.it

PERSONAL INFORMATION – all Field are required for Italian Credits

Name _____ Surname _____

Complete Address _____

Telephone _____ Mobile _____

Fax Number _____ E-mail address _____

Professional Occupation _____

Specialization _____

Organization _____

Italian Participants Only:

Codice Fiscale: _____

Luogo e Data di Nascita: _____

Iscrizione all'Ordine/Collegio/ASS.: _____

Barrare una sola delle seguenti caselle:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dipendente | <input type="checkbox"/> Convenzionato |
| <input type="checkbox"/> Privo di Occupazione | <input type="checkbox"/> Libero Professionista |

Intendo far richiesta dei crediti ECM in qualità di:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medico Chirurgo | <input type="checkbox"/> Infermiere |
|--|-------------------------------------|

Per la Professione di **Medico Chirurgo**, indicare una delle seguenti Discipline:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica | <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale |
| <input type="checkbox"/> Oncologia | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |

ENVOY'S DATA (If different from the Anagraphic Data)

Name of Company/Organization _____

Fiscal Address _____ Zip Code _____

City _____ State _____

VAT Number _____

REGISTRATION FEES

Early Registration: from 1st June 2013 until 31th December 2013

Late Registration: from 1st January 2014 until 31th May 2014

REGISTRATION FOR PHYSICIANS

| | 1 Pre Congress Meeting | 2 Pre Congress Meetings | 2 Pre Congress Meetings + Congress | Congress |
|-------------------|------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------|
| Early | € 100,00 * | € 180,00 * | € 450,00 * | € 350,00 * |
| Late | € 120,00 * | € 200,00 * | € 650,00 * | € 500,00 * |
| On Site ** | not possible | not possible | € 850,00 * | € 750,00 * |

* *Registration Fees include Taxes*

** *On Site Registration - no Credit Cards accepted*

REGISTRATION FOR NURSES

| | Congress |
|-------------------|------------|
| Early | € 100,00 * |
| Late | € 300,00 * |
| On Site ** | € 450,00 * |

* *Registration Fees include Taxes*

** *On Site Registration - no Credit Cards accepted*

REGISTRATION FOR RESIDENTS

| | Congress |
|-------------------|------------|
| Early | € 250,00 * |
| Late | € 300,00 * |
| On Site ** | € 450,00 * |

* *Registration Fees include Taxes*

** *On Site Registration - no Credit Cards accepted*

REGISTRATION INCLUDES

▪ Badge ▪ Congress kit ▪ Congress participation ▪ Coffee break, Coffee Point and Lunch included in the Programme ▪ Participation Degree

HOTEL ACCOMMODATION

In order to have the participant exclusive rates, we praise you to contact the Organizing Secretariat.

PAYMENT

Bank Transfer

C/C di Banca del Fucino, Sede di Roma (Via Tomacelli 106 – Roma)

Intested to: Alfa FCM Srl

IBAN: IT 34 P 03124 03210 000 000 237 335

BIC/ SWIFT CODE: BAFUITRRXXX

CAUSE:

NAME AND LAST NAME OF THE PARTICIPANT - RBBS 2014. REGISTRATION AS *****

*** WRITE YOUR OCCUPATION AND TYPE OF REGISTRATION:**

i.e: PHYSICIAN EARLY REGISTRATION

IMPORTANT:

- ⇒ SEND A COPY OF THE PAYMENT TO THE ORGANIZING SECRETARIAT VIA FAX OR E-MAIL
- ⇒ BANK CHARGES WILL BE PAIED BY THE CLIENT, THE ORGANIZING SECRETARIAT WILL RECEIVE THE TOTAL AMOUNT REQUIRED FOR THE REGISTRATION WITHOUT CHARGES SUBTRACTIONS.
- ⇒ ATTENTION: REGISTRATION FORMS WITHOUT COPY OF THE PAYMENT ATTACHED, WILL BE NOT CONSIDERED
- ⇒ IN ORDER TO CARRY OUT WITH A CORRECT REGISTRATION, PAY ATTENTION TO THE RIGHT FORM OF THE CAUSE SHOWED ABOVE

The undersigned authorizes Alfa FCM Srl to use all my data according to the Italian law

Informativa ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 196/2003: i suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, al fine di documentare la sua partecipazione alla manifestazione e a trattamenti derivati da obblighi di legge. Essi saranno comunicati a fornitori di servizi inerenti la manifestazione per il disbrigo delle pratiche relative all'organizzazione della stessa. Il conferimento dei dati a tali fini è obbligatorio ed essenziale per la sua partecipazione alla manifestazione. Il titolare dei dati è la Alfa FCM Srl. A lei competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 T.U. Preso atto dell'informativa di cui sopra consento al trattamento dei miei dati personali e alla loro comunicazione per le finalità sopra indicate.

Place _____ Date _____ Signature _____