



65th International Congress of Aviation and Space Medicine

Roma, 10-14 Settembre 2017

SCHEDA REGISTRAZIONE

Completare ed inviare a: registration@icasm2017.it

Fax: +390699331577

Info: info@icasm2017.it

Usare una scheda per ogni partecipante

Informazioni Personali

| | | | | |
|---|---------------------|---------------|--|---|
| Titolo | Prof. Dr. Sig altro | | | |
| Cognome | | | Nome | |
| Ente | | | | |
| Indirizzo | | | | |
| Citta, CAP | | | Stato | |
| Tel. | | | Fax | |
| E-mail | | | Codice Fiscale | |
| Data di nascita | | Luogo nascita | | N. iscrizione Ordine/collegio |
| Accompagnatore | Cognome: | | Nome: | |
| Parteciperò al welcome drink (barrare) | SI | NO | | |
| Parteciperò al gala dinner (barrare) | Esaurito | | (E' previsto un pagamento extra di 75,00 Euro) | |
| Parteciperò al technical tour (barrare) | Esaurito | | Se si, specificare itinerario | Esaurito Esaurito Esaurito |

Informazioni

| | | | | |
|-----------------|--|-----------------|--|--------|
| Organizzazione: | | | | |
| Nazionalità: | | Tipo Documento: | | Doc.N. |
| Data rilascio: | | Data scadenza | | |

Registrazione

(selezionare il tipo di registrazione)

| Categoria | Prima del 15 maggio 2017 | Barrare | Dopo il 15 maggio 2017 | Barrare |
|---|--------------------------|---------|------------------------|---------|
| Registrazione AME | EUR 400,00 | | EUR 450,00 | |
| Registrazione Medici | EUR 300,00 | | EUR 350,00 | |
| Registrazione Infermieri | EUR 250,00 | | EUR 300,00 | |
| One day specificare giorno 11-12-14 () | EUR 200,00 | | EUR 200,00 | |
| Accompagnatore | EUR 250,00 | | EUR 250,00 | |
| Parteciperò al Gala dinner (vedi programma) | EUR 75,00 | | EUR 75,00 | |

La registrazione include: accesso alle sessioni, materiale congressuale, welcome drink, technical tour, coffee breaks e pranzi come da programma.

La quota accompagnatore include: welcome drink, caccia al tesoro, technical tour, gala dinner, coffee breaks e pranzi come da programma.

La quota one day include: accesso alle sessioni, coffee breaks e pranzi come da programma per il giorno selezionato.

➔ I partecipanti fino a 35 anni a cui sarà accettata una presentazione orale/poster riceveranno un rimborso registrazione pari a 100,00 Euro (eccetto One ➔)

Pagamento

(selezionare modalità di pagamento)

| | | |
|-------------------------------|--|-----------------------------------|
| Totale da pagare | | EURO: |
| Modalità di pagamento: | Carta di Credito* <input type="checkbox"/> | Bonifico <input type="checkbox"/> |
| Numero transazione: | | |

* Direttamente dal sito www.aimas.it cliccare su "paga quota congresso" (I pagamenti saranno effettuati tramite il sito sicuro PayPal).

| | | |
|---|-----------------|--|
| Bonifico a: | Banca: | Poste Italiane BancoPosta |
| Insieme alla scheda inviare una copia del bonifico | Indirizzo: | Uff. Postale P.zza Bologna, 3 – 00162 Roma Nomentano |
| Il bonifico va effettuato al netto delle commissioni bancarie! | A favore di: | Associazione Italiana di Medicina Aeronautica e Spaziale |
| | N. conto: | 11543006 |
| | IBAN: | IT50 P076 01032000 0001 1543 006 |
| | BIC/Swift Code: | BPPIITRR |
| | Riferimento: | ICASM 2017 registrazione <nome e cognome> |

Condizioni di Pagamento

- ✓ Richieste di cancellazione/variazione devono essere inviate via email a registration@icasm2017.it;
- ✓ Cancellazioni effettuate prima del 30 giugno saranno rimborsate al netto di Euro 75,00 + spese bancarie;
- ✓ Cancellazioni effettuate dopo il 30 giugno non saranno rimborsate;
- ✓ Tutti I rimborsi saranno effettuati dopo il congresso mediante bonifico o rimborso su carta di credito;
- ✓ Firmando si accettano le condizioni sopra elencate.

Data: _____ Firma per accettazione delle condizioni: _____

Prego compilare e restituire *al più presto*

a AIMAS – via mail o fax –

E-mail: registration@icasm2017.it Fax: +390699331577