

“LA PRATICA CLINICA NEI DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA”

DATE: 5-6 dicembre 2002

SEDE: Verona - DIPARTIMENTO DIPENDENZE AZ. ULSS 20 – Via Germania n. 20

DURATA: 2 giornate

SCHEDA DI RICHIESTA ISCRIZIONE (Si prega cortesemente di compilare in modo chiaro e leggibile)

da inviare via e-mail: pft@dronet.org o tramite fax : 045.8622239 a Segreteria Organizzativa PFT entro e non oltre il

29/11/2002

DOPO TALE DATA E' NECESSARIO VERIFICARE TELEFONICAMENTE L'ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TEL. _____ E-MAIL _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

QUALIFICA _____ COLLABORA A PROGETTI DI RICERCA SI o NO

SE “SI” INDICARE IL TITOLO PER ESTESO _____

TEL. ENTE _____ FAX ENTE _____ E-MAIL ENTE _____

INTESTAZIONE FATTURA (compilare obbligatoriamente se i dati della fattura sono diversi da quelli personali)

AZIENDA/ENTE/OSPEDALE _____

PARTITA IVA _____ SPECIFICARE SE ESENTE IVA SI NO

INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTA' _____ PROV _____

Persona di Riferimento _____ Tel _____ email _____

Pagamento quota di Iscrizione al Workshop

1. Obbligatoria per poter accedere al workshop
2. Da eseguire dopo la conferma di accettazione della richiesta di iscrizione
3. Da inviare via fax copia della ricevuta di pagamento

	<u>Con IVA</u>	<u>Esente IVA</u>
<input type="radio"/> Medico Psichiatra/ Internista	€ 150	€ 125
<input type="radio"/> Psicologo	€ 150	€ 125

****I medici/psicologi dipendenti Ulss 20 possono partecipare gratuitamente. Dovranno comunque presentare la richiesta di iscrizione e verificare telefonicamente l'accettazione della stessa (tel. 045/8622235-33 e mail pft@dronet.org)**

Il pagamento della quota d'iscrizione dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario su c/c n. 415843 – ABI 6355 CAB 11725 Cariverona agenzia 307 di Verona a favore Ulss 20 Regione Veneto – Via Valverde 42 37122 – Verona – specificando chiaramente la causale:

Workshop “La pratica clinica nei Dipartimenti delle Dipendenze basata sulle prove di efficacia” Verona, 5 e 6/12/2002 e il nominativo della persona che parteciperà all'evento

Data _____ / _____ /2002

Firma _____

Si autorizza il Dipartimento Dipendenze Az. Ulss 20 - Verona a trattare i dati indicati nella presente scheda

Per ulteriori chiarimenti o informazioni contattare:

La **SEGRETERIA PFT**

Tel. 045.8622235-33 Fax 045.862239 e.mail: pft@dronet.org