



# RE-IRRADIATION:

RADIOBIOLOGICAL,  
TECHNOLOGICAL  
AND CLINICAL  
CONDITIONS

22-23  
JUNE 2017

ROMA

NH LEONARDO DA VINCI  
via Dei Gracchi, 324

## MODALITÀ

Per l'iscrizione individuale al Congresso occorre compilare in ogni sua parte il modulo on-line attivo sul sito **www.overgroup.eu** oppure inviare la scheda di iscrizione a: **iscrizioni@overgroup.eu**.

Sarà possibile effettuare il pagamento tramite carta di credito on-line o bonifico bancario.

Nel caso di saldo mediante bonifico bancario sarà necessario inviare via fax, al numero 0372-569605, la ricevuta di avvenuto pagamento, indicando in modo chiaro:

Causale: Re-Irradiation + dott. Rossi Mario

Al ricevimento dell'iscrizione completa la Segreteria Organizzativa provvederà ad inviare la fattura.

## RINUNCE

Entro giovedì 01 GIUGNO 2017 sarà rimborsato il 50% della quota pagata al netto delle spese bancarie.

Dopo il 01 GIUGNO 2017 non si avrà diritto a nessun rimborso. I rimborsi verranno effettuati dopo la chiusura del Congresso. Tutte le rinunce dovranno pervenire per iscritto.

## CAMBI NOME

Sono permessi fino a venerdì 01 GIUGNO 2017.

Tutti i cambi nome dovranno pervenire per iscritto.

Oltre tale data potranno effettuarsi in Sede Congressuale.

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

Carta di Credito - Circuito VISA - MasterCard

- Bonifico Bancario

Dati IBAN: IT 49 N 02008 11402 000102368562

Intestato a: OVER srl

Causale: Re-Irradiation + dott. Rossi Mario

## FATTURAZIONE

Dati necessari alla fatturazione:

nome-cognome / residenza / dati anagrafici (nato a / il) / codice fiscale e/o partita iva.

Indicare se in possesso di particolari esenzioni IVA. (es. iscritti per conto di Aziende Ospedaliere).

## LA QUOTA D'ISCRIZIONE AL CONGRESSO COMPRENDE

Partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, attestato di partecipazione, light lunch.

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

PROV \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

COD.FISCALE \_\_\_\_\_

## QUOTE

QUOTA DI ISCRIZIONE  
50,00 € + 22% IVA

QUOTA DI ISCRIZIONE SOCI AIRO  
30,00 € + 22% IVA