

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Si prega di compilare il presente modulo (o fotocopia) e rispedirlo alla Segreteria Organizzativa

AUGUSTEA srl
Via Panciatichi, 26/3 50127 Firenze
Tel. 055-4288210 - Fax 055-4288202
E-mail: *augustea@augustea.net*

Nome

Cognome.....

Indirizzo.....

Tel.....

E-mail.....

Quota d'iscrizione entro il 10/11/04:

- Solo Corso Educazionale 50 € + IVA
- Solo Congresso 120 € + IVA Medici
 100 € + IVA Altri operatori
 50 € + IVA Medici specializzandi
- Corso + Congresso 150 € + IVA Medici
 130 € + IVA Altri operatori
 60 € + IVA Medici specializzandi

Dopo il 10/11/04 e on site registration

- Solo Corso Educazionale 60 € + IVA
- Solo Congresso 140 € + IVA Medici
 120 € + IVA Altri operatori
 60 € + IVA Medici specializzandi
- Corso + Congresso 175 € + IVA Medici
 155 € + IVA Altri operatori
 75 € + IVA Medici specializzandi

Suddetta quota include: accesso alle sessioni con relativi coffee break e colazioni di lavoro, cartella con kit congressuale, numero speciale del Journal of Chemotherapy e Atti del Congresso.

Modalità di pagamento:

- Vaglia Postale di Euro.....
- Assegno bancario di Euro.....

intestati ad Augustea Srl

- VISA, MASTERCARD, EUROCARD

n. carta _____

intestata a: _____ Exp date _____

- Bonifico Bancario: all'ordine di Augustea Srl, UNICREDIT banca, Agenzia Diaz, Ravenna.
CIN I; ABI 02008; CAB 13170; n° conto: 000002839046

Le cancellazioni pervenute entro **30** giorni dall'inizio del congresso comporteranno una penale del **50%** dell'intero importo della prenotazione; oltre tale scadenza, la penale sarà pari al **100%** dell'intero importo della prenotazione.

Autorizzo espressamente la società Augustea ad includere i miei dati nella propria banca dati per motivi promozionali o scientifici.

Potrò avere accesso a, e far cancellare i miei dati a titolo del tutto gratuito come previsto dall'Art. 13 Legge 675/96

Firma _____

Data _____

SCHEDA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Si prega di compilare il presente modulo (o fotocopia) e rispedirlo alla Segreteria Organizzativa

AUGUSTEA srl
Via Panciatichi, 26/3 50127 Firenze
Tel. 055-4288210 - Fax 055-4288202
E-mail: *augustea@augustea.net*

che provvederà a fornire conferma della prenotazione effettuata a seconda della disponibilità.

Nome

Cognome.....

Indirizzo.....

.....

Tel.....

Il *Metropole* ha messo a disposizione le sue camere, splendidamente arredate, tutte fornite delle più moderne attrezzature.

costo per notte con prima colazione :

camera doppia uso singola \approx 170,00

camera doppia \approx 180,00.

Doppia uso Singola

Doppia

numero di notti _____ dal _____ al _____

E' necessario un acconto pari alla prima notte da inviarsi a conferma della prenotazione avvenuta.

Modalità di pagamento:

Vaglia Postale di Euro.....

Assegno bancario di Euro.....
intestati ad Augustea Srl

VISA, MASTERCARD, EUROCARD

n. carta _____

intestata a: _____ Exp date _____

Bonifico Bancario: all'ordine di Augustea Srl; UNICREDIT banca, Agenzia Diaz, Ravenna.
CIN I; ABI 02008; CAB 13170; n° conto: 000002839046

Le cancellazioni pervenute oltre 30 giorni prima dell'inizio del congresso comporteranno una penale di 50 \approx per diritti amministrativi; da 30 giorni a 15 giorni prima, una penale del 50%; le cancellazioni pervenute oltre 2 settimane prima dell'inizio del congresso comporteranno una penale del 100% dell'intero importo della prenotazione.

Autorizzo espressamente la società Augustea ad includere i miei dati nella propria banca dati per motivi promozionali o scientifici.

Potrò avere accesso a, e far cancellare i miei dati a titolo del tutto gratuito come previsto dall'Art. 13 Legge 675/96

Firma _____

Data _____