

## PROGETTO CERTIFICAZIONE ANDROLOGICA

### Corso Residenziale per Soci SIA

#### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilarsi in tutte le sue parti e da inviare corredata da un breve curriculum formativo e professionale alla

Segreteria Organizzativa: [info@siabc.it](mailto:info@siabc.it)

Nome e Cognome\* \_\_\_\_\_

Nato a\* \_\_\_\_\_ il\* \_\_\_\_\_

Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare\* \_\_\_\_\_

E-mail\* \_\_\_\_\_

☐ Specialista in\* \_\_\_\_\_ ☐ Specializzando in\* \_\_\_\_\_

#### QUOTA DI ISCRIZIONE:

Euro 2.300,00 (duemilatrecento/00) + oneri fiscali per le prime 15 iscrizioni

Euro 2.600,00 (duemilaseicento/00) + oneri fiscali dalla sedicesima iscrizione

**L'iscrizione comprende:** la frequenza al Corso, il materiale didattico, hospitality and dinners, attestato di partecipazione, attestato ECM (laddove conseguito), accesso al test finale per il conseguimento della certificazione andrologica (in sede di Congresso Nazionale SIA 2026 a Pisa), Certificato di Andrologo SIA (laddove conseguito).

Tutto quanto non espresso è da ritenersi a carico del partecipante.

Ciascun partecipante dovrà autonomamente provvedere alla propria iscrizione personalmente o tramite uno sponsor da sé stesso individuato dandone comunicazione alla Segreteria Organizzativa.

La quota dovrà essere versata dopo il ricevimento della notifica di avvenuta iscrizione da parte della segreteria SIA ed entro e non oltre il 30 aprile 2026 inviando contabile bancaria dell'avvenuto versamento a [info@siabc.it](mailto:info@siabc.it)

#### TERMINI DI PAGAMENTO:

- copia avvenuto bonifico bancario presso:

UNICREDIT BANCA DI ROMA - AG. n. 704 di Roma

ABI 02008 - CAB 05203

C/C 000106428184

IBAN: IT89C0200805203000106428184

Intestato alla SIA Benefit Community S.r.l

Causale: Corso PCA RES 2026 + nome iscritto

Dal 30° giorno incluso, dall'inizio del Corso non sarà possibile effettuare alcun rimborso.

#### DATI PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA/RICEVUTA:

Nome e Cognome/denominazione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Codice Fiscale / Partita IVA \_\_\_\_\_

Codice SDI o PEC \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) autorizzo la SIA EVENTI srl alla gestione della registrazione ed al trattamento dei dati personali forniti con la presente scheda.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_