



Corso di Aggiornamento Bobath EBTA

**Analisi della funzione cammino**  
**Il progetto riabilitativo nel bambino con lesione neurologica**

Genova, 15 - 19 Ottobre 2018

**SCHEDA DI ISCRIZIONE E DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA**

Si prega di compilare il modulo in stampatello (**tutti i dati sono obbligatori**), in ogni sua parte e di inviarlo via mail a [rosadeventi@rosadeventi.com](mailto:rosadeventi@rosadeventi.com) o via fax al numero +39 010 585022, entro il 14 Settembre 2018.

**DATI ANAGRAFICI e FATTURAZIONE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Qualifica Prof.le \_\_\_\_\_ Specializzazione \_\_\_\_\_  
Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Indirizzo Fiscale \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Prov.(\_\_\_\_\_) Città \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Partita IVA   
Codice Fiscale

**Informativa sulla Privacy - Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003**

Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.  
Rosa D'Eventi s.a.s. è titolare del trattamento dei dati, elabora i dati personali da Lei forniti con modalità elettroniche e manuali, per finalità inerenti lo svolgimento dell'evento indicato e per aggiornarLa sulle iniziative promosse. I dati personali in questione sono trattati secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza; il loro conferimento è facoltativo, ma nel caso di rifiuto, Rosa D'Eventi s.a.s. non potrà dare seguito all'iscrizione all'evento ed alle attività ad esso connesse. Ella potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 (accesso, integrazione, correzione, opposizione, cancellazione) scrivendo alla società Rosa D'Eventi s.a.s., via Marcello Staglieno 10/15, 16128 Genova, fax +39 010 585022, e-mail [rosadeventi@rosadeventi.com](mailto:rosadeventi@rosadeventi.com).

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

**L'ISCRIZIONE COMPRENDE**

L'iscrizione comprende: la partecipazione alle sessioni scientifiche, il kit congressuale e l'attestato di partecipazione.

**Il dettaglio della quota di iscrizione e tutte le informazioni per procedere al pagamento, sono disponibili sulla Brochure dell'Evento, scaricabile dal sito [www.rosadeventi.com](http://www.rosadeventi.com)**

**PRENOTAZIONE ALBERGHIERA**

- ✓ Le tariffe includono trattamento Bed&Breakfast e tasse.
- ✓ E' esclusa la tassa di soggiorno pari ad Euro 2,00 per persona a notte in hotel categoria 4 stelle, Euro 1,00 per persona a notte in hotel di categoria 3 stelle.
- ✓ L'assegnazione delle camere verrà fatta rispettando l'ordine cronologico di arrivo delle richieste.

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Categoria 4*     | da 5 a 10 minuti dalla sede | da Euro 90,00 a Euro 109,00 |
| <input type="checkbox"/> Categoria 3*     | da 5 a 20 minuti dalla sede | da Euro 80,00 a Euro 95,00  |
| <input type="checkbox"/> Bed & Breakfast: | da 5 a 15 minuti dalla sede | da Euro 50,00 a Euro 60,00  |

**TIPOLOGIA CAMERA**

- Camera Doppia Uso Singola

Altro tipo di camera, specificare: \_\_\_\_\_

**DATE SOGGIORNO**

Data di arrivo \_\_\_\_\_ Data di partenza \_\_\_\_\_ Totale notti \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI PAGAMENTO**

\*Le tariffe si riferiscono alla camera doppia uso singola. Le stesse sono solo indicative e suscettibili di cambiamenti, a seconda del tipo di camera, della disponibilità della struttura e del tipo di trattamento richiesti al momento della prenotazione. All'atto della prenotazione sarà necessario indicare i dettagli della carta di credito a garanzia (**se non disponibile, contattare Rosa D'Eventi**), mentre il saldo del soggiorno dovrà essere versato con pagamento diretto in hotel, secondo la modalità preferita (contanti, assegno, carta di credito). **Rosa D'Eventi provvederà ad inviare un voucher di conferma, con tutti i dettagli relativi al soggiorno.** Per eventuali cancellazioni o no-show verrà addebitata a titolo di penale la prima notte di soggiorno. La fatturazione verrà effettuata direttamente dall'Hotel.

**Carta di Credito** (selezionare)  CARTA SI  VISA  MASTERCARD  AMERICAN EXPRESS  
Numero \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

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

Date \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_