



SOCIETÀ ITALIANA VETERINARI PER ANIMALI ESOTICI
SOCIETÀ FEDERATA ANMVI

DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALLA SIVAE PER IL 2015

Anno solare con validità 1 Gennaio - 31 Dicembre

- Compila TUTTI i campi
- Scrivi in STAMPATELLO
- Assegni e ricevute di bonifico o di versamento su CCP inviate senza la presente scheda NON saranno prese in considerazione.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

1) On line tramite il sito <http://registration.sivae.it/>

OPPURE

2) Mediante il seguente modulo da inviare (scegliere una sola modalità):
per posta o per Fax 0372/45.70.91 o per E-mail
(dettagli indicati in basso nella seconda pagina)

PRIMA ISCRIZIONE

COGNOME
NOME

DATI FISCALI

CODICE FISCALE

Obbligatorio ai fini E.C.M.

PARTITA I.V.A.

RECAPITO PRIVATO

INDIRIZZO

CAP / COMUNE / PROV

NAZIONE

TELEFONO

FAX

CELLULARE

E-MAIL

RECAPITO PROFESSIONALE (DATO OBBLIGATORIO SE ESISTENTE)

DENOM. STRUTTURA

DIPARTIMENTO

INDIRIZZO

CAP / COMUNE / PROV

NAZIONE

TELEFONO

FAX

CELLULARE

E-MAIL

RECAPITO DA UTILIZZARE PER LA CORRISPONDENZA

PRIVATO

PROFESSIONALE

SETTORE DI PRINCIPALE OCCUPAZIONE/INTERESSE

Indica in percentuale l'attività dedicata a ciascun settore

Animali selvatici

%

Piccoli mammiferi

%

Animali da zoo

%

Rettili e anfibi

%

Invertebrati

%

Uccelli

%

Pesci

%

STRUTTURA IN CUI IL SOTTOSCRITTO ESERCITA (DATO OBBLIGATORIO SE ESISTENTE)

Indica la prevalente in caso di più strutture

STUDIO / AMBULATORIO VETERINARIO

CLINICA VETERINARIA

OSPEDALE VETERINARIO

LABORATORIO DI ANALISI

Ruolo

TITOLARE

DIRETTORE SANITARIO

ASSOCIATO

REPERIBILITÀ

SOCIO

COLLABORATORE

Sì No

DICHIARO DI ESSERE

LAUREATO IN MEDICINA VETERINARIA NELL'ANNO _____, CITTADINO ITALIANO ISCRITTO ALL'ORDINE DEI VETERINARI DI _____
DALL'ANNO _____ N° ISCRIZIONE ALL'ORDINE _____

STUDENTE IN MEDICINA VETERINARIA (allegare certificato di iscrizione dell'anno in corso rilasciato dalla segreteria di facoltà)

VETERINARIO DI ALTRA NAZIONALITÀ

- € 25 COME **STUDENTE IN MEDICINA VETERINARIA** (allegare certificato di iscrizione dell'anno in corso rilasciato dalla segreteria di facoltà)
- € 80 COME **LAUREATO IN MEDICINA VETERINARIA**
- € 90 SE L'INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA È AL DI FUORI DEL TERRITORIO ITALIANO (comprensiva dei maggiori costi di spedizione)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- VERSAMENTO SU CONTO CORRENTE POSTALE N. 13706239** intestato a EV Soc. Cons. A R.L. - Via Trecchi, 20 - Cremona
- È **obbligatorio** indicare la causale del versamento
 - È **obbligatorio** spedire il presente modulo con l'attestazione di versamento

- BONIFICO BANCARIO** - IBAN: IT80 Y 0623011402000030152589
- È **obbligatorio** indicare la causale del versamento specificando nome e cognome dell'iscritto
 - È **obbligatorio** spedire il presente modulo con la copia del bonifico bancario
 - Puoi effettuare l'iscrizione **on line con bonifico bancario** su <http://registration.sivae.it/> (in questo caso non inviare la scheda cartacea)

- ASSEGNO BANCARIO O CIRCOLARE** intestato a EV Soc. Cons. A R.L. - Cremona (da allegare)
- Numero assegno _____ della banca _____
emesso in data _____

- CARTA DI CREDITO**
- **Non si accettano carte di credito elettroniche** (contraddistinte dalla dicitura *Electronic Use Only*)
 - **Inviare il modulo in unica soluzione** per evitare la ripetizione dell'addebito
 - Puoi effettuare l'iscrizione **on line con carta di credito** su <http://registration.sivae.it/> (in questo caso non inviare la scheda cartacea)

Tipo di carta CartaSi
 MasterCard
 VISA

Numero della carta _____ *Compilare tutte e 16 le cifre*

Scadenza _____ / _____ *Mese e anno - obbligatorio*

7 cifre sul retro _____ *Obbligatorio*

Titolare della Carta _____ *Obbligatorio*

- CONTANTI** (solo se consegnati direttamente al personale di Segreteria)

Si rammenta che la quota di iscrizione è interamente deducibile ai fini delle imposte dirette previa registrazione della ricevuta che l'Amministrazione SIVAE provvederà ad inviare all'atto del ricevimento del versamento.

Il firmatario, informato dalla SIVAE circa le finalità e le modalità del trattamento dei dati personali che saranno utilizzati ad esclusivo uso interno (v. in fondo al foglio), autorizza la SIVAE stessa al trattamento dei dati indicati.

Indicare nome e cognome se inviato via fax (0372/45.70.91) _____

Data _____ Firma (leggibile) _____

Inviare la domanda di iscrizione e l'attestazione di versamento:

- 1) per posta a SIVAE - Servizio Iscrizioni - Via Trecchi, 20 - 26100 Cremona - 2) per Fax a 0372/45.70.91
- 3) per E-mail (scansionare i moduli e salvarli in pdf < 2 MB) a info@sivae.it

Per ogni ulteriore informazione si prega di rivolgersi al Servizio Iscrizioni della SIVAE: Elisa Feroldi - Tel. 0372/40.35.00 - E-mail: info@sivae.it



La SIVAE è federata ANMVI - a cui ha delegato la propria rappresentanza per tutti gli aspetti e le problematiche professionali - non prettamente scientifiche - della Categoria Medico-Veterinaria operante nel settore degli animali esotici. SIVAE ha un proprio rappresentante nel CD ANMVI. L'iscrizione alla SIVAE comporta pertanto l'accettazione della suddetta delega.

- Autorizzo la SIVAE a rendere pubblica la mia iscrizione alla Società inserendo i miei dati ed eventualmente la mia foto nell'elenco degli iscritti sul suo sito.

PRIVACY

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 (G.U. 29 Luglio 2003, Serie generale n. 174, Supplemento ordinario n. 123/L), il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati sopra indicati, consapevole che l'esecuzione dei servizi richiesti non può avere luogo senza la comunicazione dei dati personali alla Società organizzatrice dell'evento e/o ai soggetti a cui la stessa deve rivolgersi.

Firma _____