

# COME ISCRIVERSI 2023-24

## 1. QUOTE DI ISCRIZIONE

	Quota regolare € IVA inclusa	Quota ridotta* € IVA inclusa	Scadenza iscrizione
<b>1 seminario</b> Senza ECM, in presenza o in remoto	<b>70</b>	<b>40</b>	1 settimana prima dell'evento
<b>Ciclo 3 seminari</b> Con ECM, solo in presenza	<b>240</b>	-	10 gennaio 2024
<b>Ciclo 3 seminari</b> Senza ECM, presenza/remoto	<b>200</b>	<b>100</b>	10 gennaio 2024
<b>Giornata di Studio</b> Con ECM, solo in presenza	<b>100</b>	-	2 settimane prima dell'evento
<b>Giornata di Studio</b> Senza ECM, presenza/remoto	<b>80</b>	<b>50</b>	2 settimane prima dell'evento
<b>Psiche/Dike</b>	Da definire		2 settimane prima dell'evento
<b>Gruppo clinico</b>	<b>180</b>	-	15 ottobre 2023

\*Specializzando o professionista di età inferiore a 35 anni, senza ECM.

## 2. PAGAMENTO (unica modalità accettata)

Bonifico Bancario al conto intestato al Centro Psicoanalitico di Bologna presso  
**INTESA SANPAOLO BOLOGNA - Filiale VIA SARAGOZZA, 87 – IBAN: IT91  
R030 6902 4871 0000 0005 998**

## 3. COMPILARE SCHEDA, INVIARLA+RICEVUTA

COMPILARE la scheda della pagina a fronte e INVIARLA ASSIEME all'ATTES-  
TATO di PAGAMENTO EFFETTUATO, per posta o via e-mail, a:

- Centro Psicoanalitico di Bologna - Via Cesare Battisti, 24 - 40123 Bologna  
- segreteria.organizzativa@cepsibo.it

È anche possibile iscriversi **ONLINE** dal sito **www.cepsibo.it**

## Desidero iscrivermi ai seguenti incontri:

- Seminari singoli (senza ECM): in numero: ..... indicare quali: .....
- Ciclo di seminari per Psichiatria e Psicoterapia dell'Adulto
- Ciclo di seminari per Infanzia, Adolescenza, Genitorialità
- I Giornata di Studio  II Giornata di Studio
- Psiche-Dike  Gruppo Clinico (Ripensare il caso clinico)

## Modalità di partecipazione prevista:

- in presenza con ECM  in presenza senza ECM  in remoto senza ECM

## DATI (campi obbligatori\*)

\*Cognome .....

\*Nome .....

\*Indirizzo .....

\*CAP..... \*Città..... \*Prov.....

Tel..... e-mail.....

PEC .....

Codice Fiscale .....

P. IVA .....

cod. SDI (fatturazione elettronica) .....

## \*PROFESSIONE (per accreditamento ECM)

- psicologo  medico spec. in .....
- specializzando in .....

## DATI PER LA FATTURA ALL'ENTE (denominaz., indirizzo, C.Fisc., P. IVA, Cod. SDI)

- Ente privato  Ente Pubblico (Fatturazione Elettronica)

**Autorizzo all'utilizzo dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 art. 13**

Data ..... Firma .....