organizzato da:

ASS INFERMIERE/I PUGLIA
CNAI 1985

Via Stresa 3 - 71042 CERIGNOLA (FG)
Codice Fiscale n. 90005640710
c/c postale n. 10858710
Tel.: 0885 840370 – 3335 686868
mail: tamponegiuseppe@gmail.com

con il patrocinio dei

Collegi IPASVI
Chieti
Campobasso-Isernia

ECM agenas

24,4
CREDITI ECM

Nursing Bianco

con la collaborazione di:

Nucleo** Associativo **CNAI
*INFERMIERE/I del **Molise***
Via degli Olivi 92 - 86039 Termoli (CB)
Cell.: 347 1361984—mail: carluccio.a@hotmail.it

DAL 9 AL 10 FEBBRAIO 2016

ORE 14:45—19:45

12,2 Crediti ECM

L'ASSOCIAZIONISMO INFERMIERISTICO:

PARLARE CON UNA SOLA VOCE

Rif. ECM N. 1832—149435—Responsabile scientifico: dr Giuseppe Tampone

DAL 11 AL 12 FEBBRAIO 2016

ORE 14:45—19:45

12,2 Crediti ECM

INFERMIERE E OSS:

INTEGRAZIONE ASSISTENZIALE E RESPONSABIUITA'

Rif. ECM N. 1832—149457—Responsabile scientifico: dr.ssa Fiorella Fabrizio

CONSOCIAZIONE NAZIONALE ASSOCIAZIONI INFERMIERE/I
Sede operativa: Via V. Russo, 8 - 20127 Milano
Provider ECM rif.n. 1832

dal 9 al 14 FEBBRAIO 2016

PRETORO (CH)

PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI
3335 686868
INFO LINE
0885 840370

Colloqui fra infermieri
Nursing Bianco
ASSINFERMIERI PUGLIA

GRAND HOTEL PANORAMA

con il patrocinio dei Collegi IPASVI Chieti Campobasso-Isernia

Nursing Bianco

Organizzato da ASS INFERMIERE/I PUGLIA CNAI 1985

con la collaborazione di Nucleo Associativo CNAI INFERMIERE/I del Molise

Colloqui fra infermieri – Nursing – ASSINFERMIERI PUGLIA

PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI

3335 686868

INFO LINE

0885 840370

dal 9 al 14 FEBBRAIO 2016 a PRETORO (CH)

tamponegiuseppe@gmail.com
carluccio.a@hotmail.it

PER PERSONA IN CAMERA DOPPIA	TARIFFE RIDOTTE PER 3° E 4° LETTO: NEONATO 0/3 ANNI	3/9 ANNI IN 3° LETTO	3/9 ANNI IN 4° LETTO	DA 10 ANNI IN POI	PER PERSONA IN CAMERA-SINGOLA	IMPORTO SCELTO
€ 250,00	GRATIS	GRATIS	€ 175,00	€ 200,00	€ 325,00	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	BARRARE LA SCELTA

TARIFFE (°) HOTEL CON RIDUZIONI E SUPPLEMENTI

GRAND HOTEL PANORAMA

TARIFFA (°) HOTEL: La tariffa comprende 6gg/5notti in pensione completa dal pranzo del 9 alla prima colazione del 14 febbraio + coffee break + Tessera Club; la tariffa NON comprende la tassa di soggiorno, se dovuta al Comune, fino ad un massimo di 7 gg, per persona, ad esclusione dei ragazzi di età inferiore ai 12 anni - **SERVIZI HOTEL:** Sistemazione in camere ben arredate e dotate di confort e servizi privati con doccia e asciugacapelli. Le bevande incluse ai pasti comprendono acqua e vino in caraffa. **Serata sociale** con cena tipica, torta e spumante - **Staff di animazione** al servizio dei clienti (sia per adulti che per bambini), attivo secondo programma alberghiero. **Tessera Club gratuita** e agevolazioni sulle strutture sportive. **SUPPLEMENTI E RIDUZIONI:** Camera singola a +30% (se disponibile). Pasto extra a € 20,00 a persona - **COME RAGGIUNGERE L'HOTEL:** vedi indicazioni sul sito web dell'Hotel.

SCHEDA DI ISCRIZIONE

- da inviare via MAIL (tamponegiuseppe@gmail.com) o via FAX (0885 419510) attivo 24 ore su 24

DATA	BARRARE LA SCELTA	EVENTO / FORMULA	CREDITI ECM PER INFERMIERI E INFERM. PEDIATRICI	CONTRIBUTO PARTECIPAZIONE SPESE ECM – SOCI CNAI: INFERMIERI	SOCI CNAI: STUDENTI	NON SOCI CNAI: INFERMIERI	NON SOCI CNAI: STUDENTI	IMPORTO SCELTO
DAL 9 AL 10 FEBBRAIO	☐	**ASSOCIAZIONISMO INFERMIERISTICO: parlare con una sola voce**	**12,2**	€ 30,00	GRATIS	€ 40,00	€ 15,00	
DAL 11 AL 12 FEBBRAIO	☐	**INFERMIERE E OSS: integrazione assistenziale e responsabilità**	**12,2**	€ 30,00	GRATIS	€ 40,00	€ 15,00	
DAL 9 AL 14 FEBBRAIO	☐	CONTRIBUTO DI PARTECIPAZIONE SPESE PER **UDITORI / ACCOMPAGNATORI**		€ 10,00		€ 20,00		
DAL 9 AL 14 FEBBRAIO	☐	**FORMULA DUE** COMPRENDE: SOLO ISCRIZIONE a entrambi gli eventi + crediti ECM senza Hotel	**24,4**	€ 50,00	GRATIS	€ 75,00	€ 25,00	
DAL 9 AL 14 FEBBRAIO	☐	**FORMULA TUTTO** COMPRENDE: tutti gli eventi + crediti ECM + 6gg/5notti Hotel pensione completa + Tessera Club	**24,4**	€ 300,00	€ 250,00	€ 325,00	€ 275,00	

GLI INFERMIERI, IN REGOLA CON L'ISCRIZIONE ANNUALE AI COLLEGI IPASVI PATROCINANTI (CHIETI E CAMPOBASSO-ISERNIA), PAGHERANNO LO STESSO CONTRIBUTO AGEVOLATO PREVISTO PER I SOCI CNAI

I POSTI HOTEL SONO RISERVATI AI SOCI CNAI FINO AL **10 GENNAIO**, **dopo** tale data occorrerà telefonare per **chiedere conferma della disponibilità**

PER GLI STUDENTI SOCI CHE PRENOTANO L'HOTEL ENTRO LA STESSA DATA, L'ISCRIZIONE è GRATUITA (PAGANO SOLO L'HOTEL)

L'iscrizione è ritenuta perfezionata solo se accompagnata dalla ricevuta dell'avvenuto versamento, la quale dovrà essere esibita in originale al momento della registrazione

☐ Barri questa casella se HA GIÀ PARTECIPATO in precedenza ad un nostro evento formativo ECM — ID

Cognome e Nome

data di nascita / / a

via

CAP Città

tel. Cell. Fax

codice fiscale

e-mail @

qualifica

Azienda/Ente

chiede di partecipare ai COLLOQUI FRA INFERMIERI in qualità di Socio CNAI Non Socio

INFERMIERE — Partecipante ECM — Relatore/Docente

INFERMIERE PEDIATRICO — Partecipante NON ECM — Moderatore

STUDENTE — Accompagnatore — Ospite

Arrivo / /20 - partenza / /20 - totale pernottamenti

chiedo di dividere la camera a letti singoli matrimoniale Mx Mxx Mxxx

con _____ nato il / /

con _____ nato il / /

con _____ nato il / /

con _____ nato il / /

Altre richieste particolari: servizio baby-sitter culletta per neonati Transfer (telefonare)

Formula	€	+
Contributo di partecipazione spese ECM	€	+
Sistemazione alberghiera	€	+
Quota autobus (se disponibile)	€	+
TOTALE SPESE DI PARTECIPAZIONE, di cui	€	=
Acconto N. 1 del / /	€	-
Acconto N. 2 del / /	€	-
Bonus per relatore del / /	€	-
Rateizzazione concordata con busta paga	€	-
Totale Acconti (da versare entro il **06 febbraio 2016**)	€	=
Totale da saldare (all'arrivo, prima della registrazione)	€	=

Modalità di versamento (allegare copia della ricevuta di pagamento)

pagamento ON LINE dal sito www.colloquifrainfermieri.it con PAYPAL

Versamento su c/c postale n. 10858710 intestato a *ASSINFERMIERI CNAI PUGLIA*

Bonifico bancario: iban IT73 T076 0115 7000 0001 0858 710 intestato a *ASSINFERMIERI CNAI PUGLIA*

Assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a *ASSINFERMIERI CNAI PUGLIA*

Rateizzazione concordata con trattenuta su busta paga N. rate da €

Data versamento saldo / /20

chiedo FATTURA da intestare a me medesimo SPONSOR

Ragione sociale

Via

CAP Città

P. IVA o Codice Fiscale

Informativa sulla privacy: La informiamo che ai sensi del D.Lvo n. 196 del 30/6/2003, i Suoi dati personali saranno utilizzati esclusivamente per le finalità di questo evento e per aggiornarLa sulle successive iniziative promosse da *ASSINFERMIERI CNAI PUGLIA*. In qualsiasi momento Lei potrà richiederne la modifica o la cancellazione scrivendo ad *ASSINFERMIERI CNAI PUGLIA*.

☐ Barri questa casella se non desidera ricevere aggiornamenti sulle nostre iniziative Data …../…../20….. Firma