

XI CONVEGNO NAZIONALE UFFICIALI MEDICI C.R.I.
IX SIMPOSIO PERSONALE SANITARIO C.R.I.
15 – 18 ottobre 2009
Teatro AUGUSTEO
SALERNO (SA)

Caro collega,

ti porto a conoscenza che stiamo **organizzando** l'XI Convegno Nazionale per Ufficiali Medici C.R.I. e il IX Simposio personale sanitario C.R.I.; per **entrambi** gli eventi è stato richiesto l'accreditamento E.C.M.; alla precedente edizione sono stati riconosciuti n. 15 crediti.

I due incontri si terranno **congiuntamente** a Salerno (SA) con il patrocinio e la collaborazione del Comune dal 15/10/2009 al 18/10/2009 con inizio alle ore **16.00** del 15 ottobre.

Nel fornirti le relative informazioni generali, sarebbe cosa gradita avere conferma *della Tua partecipazione*.

PROGRAMMA PRELIMINARE

- **Medicina e chirurgia** in emergenza;
- **Gestione Sanitaria** delle Catastrofi: **la recente** esperienza dell'Abruzzo;
- **Le emergenze** internazionali **interazione** tra organismi sanitari e umanitari.

Le adesioni **dovranno** essere inviate **alla segreteria** organizzativa, utilizzando la scheda allegata, presso il 5° Reparto Sanità, Via L. Pierantoni 5 – 00146 Roma, e_mail: 5rep_infoconvegno@libero.it, tel. 06/55244246 – 253 – 306 fax 06/55244263 – 06/5592831, entro il **15/09/2009**.

La quota di partecipazione di € 100,00 – **comprensiva** del kit congressuale, pause caffè e due colazioni di lavoro – è da versarsi mediante **bonifico bancario sul seguente c/c** :

Codice IBAN: IT 05 0 06045 11619 000000000 538 della Cassa di Risparmio di Bolzano Servizio Tesoreria, intestato: Comitato CRI Provincia Autonoma di Bolzano causale: XI Convegno Nazionale Ufficiali Medici CRI / IX Simposio Personale Sanitario CRI.

Nell'ambito del programma scientifico del convegno/simosio è prevista una esposizione di comunicazione in formato poster.

Per ciascun contributo scientifico **dovrà** essere compilato un abstract che ne riassume i contenuti; i riassunti delle comunicazioni dovranno essere inviati **entro** il 18 settembre 2009 in formato elettronico, come allegato di posta elettronica, all'indirizzo email: 5rep_infoconvegno@libero.it

I testi devono essere redatti con **carattere** Time New Roman corpo 10, colore nero, interlinea singola.; il file dovrà essere salvato mantenendo il formato **“.doc”**, non deve superare 3000 caratteri (spazi inclusi) e potrà contenere 2 immagini, delle dimensioni massime di mm **60x60**.

Ogni lavoro potrà riportare fino a **5 autori**, di cui almeno uno deve essere regolarmente iscritto al convegno o al simposio.

I lavori pervenuti verranno valutati e **selezionati** a giudizio insindacabile del Comitato Scientifico.

La segreteria Organizzativa **provvederà** ad informare attraverso risposta email dell'avvenuta accettazione dell'abstract, entro il 25 settembre 2009.

Le misure dei poster dovranno essere **le seguenti**: cm 70 base x cm 100 altezza, per questi non sono previsti limiti di immagini né di colori.

A tutti gli iscritti verrà rilasciato un **attestato** di partecipazione.

E', inoltre, prevista una **cena sociale** il cui costo di € 30,00 dovrà essere aggiunto alla cifra sopracitata indicandolo, in caso di adesione, nella **causale di versamento**.

Copia dell'avvenuto versamento dovrà essere **inviata** a questo Reparto contestualmente alla scheda d'iscrizione.

In allegato sono indicati gli **alberghi** convenzionati, che dovranno essere prenotati direttamente, facendo riferimento all'offerta per il Convegno CRI.

Si consiglia di effettuare la **prenotazione** alberghiera in congruo anticipo, in considerazione dell'importante flusso turistico della zona anche nel mese di **ottobre**.

Per gli accompagnatori è previsto un programma sociale in via di definizione.

IL DIRETTORE DI SANITA'
Col. Mzd. C.R.I. Gabriele LUPINI



CROCE ROSSA ITALIANA
ISPETTORATO NAZIONALE CORPO MILITARE
V REPARTO SANITA'
XI CONVEGNO NAZIONALE UFFICIALI MEDICI C.R.I.
IX SIMPOSIO NAZIONALE PERSONALE SANITARIO C.R.I.
Salerno 15 – 18 ottobre 2009



SCHEDA DI ISCRIZIONE

XI CONVEGNO

IX SIMPOSIO

Grado.....Cognome.....Nome.....

Componente C. R.I.

F.F.A.A. (Arma – Corpo).....

Nato ail.....residente in Via.....

.....Città..... C.A.P.....

Tel..... Mobile.....E-Mail.....

Professione:.....

Codice fiscale.....

Titolo di Studio:.....

Specializzazione.....

Sede di lavoro (indicare la struttura).....

Disciplina.....

Parteciperà alla cena di Gala (€ ____ cadauno) n. ____ Totale

N.B. Si Informa che, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il Titolare del Trattamento dei dati che La riguardano è L'Ispektorato Nazionale del Corpo Militare CRI – Direzione di Sanità Roma. Il Trattamento è improntato ai principi di liceità e correttezza e di tutela della Sua riservatezza e dei suoi Diritti. I dati richiesti sono necessari per la Segreteria Organizzatrice in quanto indispensabili per l'accreditamento ECM. Si autorizza ai sensi della Legge sulla Privacy la trattazione dei dati. Si prega di compilare le schede in maniera LEGGIBILE e in STAMPATELLO. Le schede dovranno essere inviate tramite fax n. 06/55.244.263 – 06/55.244.254.

Per informazioni si prega di contattare la Segreteria Organizzativa presso l'Ufficio del 5° Reparto Sanità ai seguenti numeri: 06/55.244.246 – 06/55.244.253 – 06/55.244.301.

Data,

Firma.....

Tipologia	Note	Prezzo Doppia	Prezzo Singola	Prezzo Tripla	Prezzo Quadrupla
Hotel Fiorenza Via Trento, 145 - 84100 Salerno Tel./Fax 089/33.88.005 info@hotelfiorenza.it		€ 82,00	€ 60,00	€ 103,00	€ 120,00
Hotel K Via L.go Mare Colombo, 47 Tel. 089/75.27.20 Fax 089/72.55.16 www.hotelk.it		€ 85,00	€ 60,00	€ 105,00	
Grand Hotel Salerno **** Via L.go Mare Clemente Tarturi, 1 Tel. 089/70.41.111 Fax 089/70.42.030 www.grandhotelsalerno.it	per prenotazione da effettuarsi utilizzando la scheda in allegato	vedi scheda allegata	vedi scheda allegata	vedi scheda allegata	vedi scheda allegata
Hotel Plaza *** P.zza Vittorio Veneto, 42 Tel. 089/22.44.77 Fax 089/23.73.11 www.plazasalerno.it		€ 80,00	€ 60,00	€ 90,00	
Hotel Convento S. Michele *** Via Bastioni, 8 Tel. 089/28.54.533 Fax 089/28.54.981 www.liconventosantimichele.it	• Dus (ad esaurimento singola) € 75,00	€ 90,00	€ 65,00	€ 100,00	€ 120,00
Lloyd's Baia Hotel **** Via De Marinis, 2 - Vietri sul Mare Tel. 089/76.33.111 Fax 089/76.33.633 www.lloydsbahahotel.it		€ 120,00	€ 85,00 dus/uso singola	€ 150,00	

Sede Congressuale:
Teatro Augusteo
Piazza Amendola, 3

SCHEDA DI PRENOTAZIONE CONVEGNO CROCE ROSSA ITALIANA

Inviare questo form compilato via fax al numero 089/7042030 o via e-mail all'indirizzo info@grandhotelsalerno.it – La conferma è soggetta alla disponibilità alberghiera

Nome _____ Cognome _____
 Indirizzo _____
 Città _____ Check in _____ Check out _____
 e-mail _____ Tel. _____ Fax _____

Prezzo per camera incluso breakfast

Numero camere		€	Numero notti	Sub totale
	Singola Light	75,00		
	Singola Standard	75,00		
	Singola Superior	95,00		
	<input type="checkbox"/> Matrimoniale <input type="checkbox"/> Doppia Light	100,00		
	<input type="checkbox"/> Matrimoniale <input type="checkbox"/> Doppia Standard	100,00		
	<input type="checkbox"/> Matrimoniale <input type="checkbox"/> Doppia Superior	120,00		
	Extra bed pr camera Light / Standard	12,00 Per letto per notte		
	Extra bed pr camera Superior	20,00 Per letto per notte		
Note:				Totale

*Tariffe per camera, per notte, Iva10% - Piccola Colazione a Buffet inclusa

** Camera Light e Standard: no vista mare – Camere Superior : vista mare

La conferma della prenotazione dovrà avvenire 15 giorni prima dell'arrivo con pre-pagamento per il totale del soggiorno.

Modalità di pagamento

- Bonifico bancario a:

GRAND HOTEL SALERNO SRL IBAN IT 96 Y 03002 15200 000011085093 inviando copia dell'avvenuto bonifico al numero di fax 089/7042010. Nella causale specificare Nome Cognome e numero di prenotazione (scritto in calce). La valuta deve essere uguale alla data dell'operazione.

- Il sottoscritto autorizza l'utilizzo della seguente carta di credito per il pagamento della prenotazione presente in questo form presso il **Grand Hotel Salerno**

Visa MasterCard American Express Diners

Nome del titolare della carta di credito: _____

Numero carta di credito : _____

Data di scadenza: _____ Firma: _____

Politica di cancellazione:

- Cancellazione 21 giorni prima del check-in: gratuita
- Cancellazione da 20 a 8 giorni prima del check-in : addebito 1 notte
- Cancellazione da 1 a 7 giorni prima del check-in : 100% della prenotazione totale

Data:

Nome e Firma:

Numero di conferma della prenotazione :