**A.I.C.E.P
Associazione Italiana Chirurgia Epato-bilio-Pancreatica
Presso Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana, Via Roma n. 67 56126 – Pisa**

# RIMBORSO SPESE

Da rendere in originale, debitamente compilato, corredato dalle singole ricevute di spesa e firmato. Il pagamento è previsto dopo 60 giorni dalla data della manifestazione.

**IL RIMBORSO SPESE PREVISTO E’ DI MASSIMO €150,00**

Oggetto: **CONGRESSO AICEP “NAVIGATING THE CONTINUUM FROM MINI TO MACRO APPROACHES” – Padova 3-5 Aprile 2024**

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Auto A/R – Origine:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Totale Km \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x 0.21 Euro/km = €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Pedaggi autostradali = €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Parcheggi = €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Treno A/R – Origine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Biglietteria = €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aereo A/R – Origine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Biglietteria = €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pernottamento – Sede/Hotel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Spesa = €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TOTALE: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COORDINATE BANCARIE**

* **BANCA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **IBAN** (si prega di compilare tutti i 27 campi previsti dal Codice IBAN)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**-INTESTAZIONE DEL CONTO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (“GDPR”), per finalità organizzative, informative e ministeriali.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_