

(compilare e inviare a master@taxconsulting.it)

CORSO IL COMMERCIALISTA 4.0

TAX CONSULTING FIRM *

Marzo - Settembre 2018

|_ | ROMA |_ | CAGLIARI
|_ | CATANZARO |_ | ONLINE

4 INCONTRI MONOTEMATICI
PER UN TOTALE DI 32 ORE (32 CFP)

Relatori:

NICOLA FORTE

Dottore Commercialista e editorialista Sole24ore

ANTONIO SCALIA

Dottore Commercialista e
direttore scientifico Master Tributario TCF

1) LA RIFORMA DEL TERZO SETTORE (con
focus su ASD e SSDL)

2) LA 4^ RIVOLUZIONE INDUSTRIALE E
LE MISURE INDUSTRY 4.0

3) LE AGEVOLAZIONI PER START-UP/
PMI INNOVATIVE E IL
CROWDFUNDING

4) E-COMMERCE DIRETTO E INDIRECTO E
L'IVA NELLE OPERAZIONI CON UE E
EXTRA-UE

SEDI, DATE E ORARI:

A) ROMA – CENTRO CONGRESSI
CAVOUR (Staz.Termini)(9:30-17:30)
10/3 – 12/5 – 5/7 – 7/9

B) CAGLIARI – HOTEL REGINA
MARGHERITA - (9:30-17:30)
8/3 – 4/5 – 4/7 – 10/9

C) CATANZARO – GRAND HOTEL
PARADISO - (9:30-17:30)
7/3 – 2/5 – 3/7 – 12/9

D) ONLINE (in differita su proprio pc. La
versione online non attribuisce CFP)

DATI DEL PARTECIPANTE (scrivere in stampatello)

COGNOME _____ NOME _____

E-MAIL _____

C.F./P.IVA _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV _____

TEL UFFICIO _____ CELLULARE _____

ORDINE _____ DI _____

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

QUOTA DI PARTECIPAZIONE 'INTERO CORSO'
€ 390 +Iva22% = € 475,80

QUOTA RISERVATA A EX-MASTER TAX FINO AL 15/02/18
€ 320 +Iva22% = € 390,40

QUOTA DI PARTECIPAZIONE 'SINGOLO INCONTRO'
€ 130 +Iva22% = € 158,60

MODALITA' DI PAGAMENTO 'INTERO CORSO'

in **unica soluzione** all'atto dell'iscrizione
ovvero

in **due rate di pari importo**: la prima all'atto dell'iscrizione, la
seconda alla data del primo incontro

Il pagamento viene effettuato tramite:

Bonifico bancario effettuato in data ____/____/____
a favore di:

Tax Consulting Firm Srl

BNL Roma Via del Corso

IBAN: **IT49Z 01005 03240 00000023479**

Causale: Iscrizione *Nome e Cognome* – Corso 'Il Commercialista 4.0'
Marzo-Settembre 2018 - Sede di _____

DATI PER LA FATTURAZIONE (scrivere in stampatello):

NOME COGNOME / RAGIONE SOCIALE

C.F. / P.IVA _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV _____

**L'iscrizione si intende perfezionata al ricevimento della presente
scheda e della prova dell'avvenuto versamento.
Seguirà relativa fattura.**

Data ____/____/____ Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY (D. LGS. 196/2003)

La informiamo che i dati personali inseriti nella presente scheda di iscrizione saranno trattati per finalità amministrative e contabili correlate alla gestione della sua richiesta di iscrizione al Master da Lei scelto. I suoi dati saranno trattati manualmente e con l'ausilio di strumenti elettronici da parte di personale incaricato all'interno di apposite banche dati nel rispetto delle misure di sicurezza stabilite dal d. lgs. 196/2003. Il mancato conferimento dei dati non renderà possibile l'iscrizione al Master.

Previo suo espresso consenso, i Suoi dati potranno essere utilizzati altresì per l'invio (tramite posta elettronica, telefono, fax, SMS e posta ordinaria) di materiale commerciale e promozionale su offerte formative, materiali didattici o ulteriori prodotti e/o servizi a carattere didattico e/o professionale da parte del Titolare del trattamento. Titolare del trattamento è la Tax Consulting Firm, con sede in (00192) Roma Viale Giulio Cesare, 94. I suoi dati potranno essere comunicati nei confronti di società terze incaricate della gestione delle banche dati e degli archivi informatici del Titolare del trattamento e a tal fine nominati responsabili del trattamento. In qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del d.lgs. 196/2003 tra cui l'accesso, la modifica e la cancellazione ai dati, scrivendo a: Tax Consulting Firm, Viale Giulio Cesare, 94 - 00192 Roma o inviando una mail a master@taxconsulting.it

Accento al trattamento dei miei dati personali per ricevere materiale pubblicitario e/o QQ promozionale dalla Tax Consulting Firm

Data ____/____/____ Firma _____