Modulo di Iscrizione

Il percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale nelle malattie autoimmuni

12 Marzo 2016

Hotel San Francesco Rende (CS)

Dati Personali obbligatori per la pratica E.C.M. (si prega di scrivere stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Cod.Fisc. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Indirizzo _____ C.a.p. _____

Città _____ Prov. _____

Professione _____ Disciplina _____

Iscrizione Ordine/Collegio/Associazione N. _____ Prov. _____

Libero Professionista[ ] Dipendente[ ] Convenzionato[ ] Senza occupazione[ ]

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ E-mail _____

Il corso, cod. ECM 146122, è accreditato per **MEDICI CHIRURGHI** (tutte le specializzazioni) per un numero massimo di 70 partecipanti.
Per iscriversi al corso è necessario compilare il presente modulo ed inviarlo via fax allo **0984.830987** oppure via posta elettronica a info@jbprof.com e contattare telefonicamente la segreteria per verificare se l'iscrizione rientra tra le prime 70 pervenute, da lunedì a venerdì ore 9:00 - 13:00 allo **0984.837852**. La partecipazione è gratuita. L'accesso al corso sarà stabilito secondo l'ordine cronologico basato sulla data di iscrizione pervenuta.

Privacy
In base al D.Lgs. 196/2003 autorizzo il trattamento dei miei dati personali. Le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi (contabilità, logistica, formazione elenchi). I dati potranno essere utilizzati per la creazione di un archivio ai fini dell'invio (via e-mail, fax o a mezzo posta) di proposte per corsi ed iniziative di studio future. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento.Qualora non desideri la diffusione dei dati personali (nome, qualifica e azienda) agli altri partecipanti al corso, barri la casella riportata qui a fianco [ ] Qualora non desideri ricevere ulteriori informazioni, barri la casella riportata qui a fianco [ ]

Data _____ Firma _____