Scheda di Iscrizione al Corso ECM

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLE PATOLOGIE OCULARI: ASPETTI PRATICI

15 Dicembre 2012
Sala Conferenze Italiana Hotels
Via Panebianco, 452 - Cosenza

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

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

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

Via _____ C.a.p. _____

Città _____ Prov. _____

Professione _____ Disciplina_____

Iscrizione Ordine N. _____ Prov. _____

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

Tel. _____ Fax _____ Cellulare _____

E-mail_____

Il corso, cod. ECM 46582, è accreditato per le seguenti professioni: **Medico Chirurgo** (tutte le discipline), **Ortottista/assistente di oftalmologia**, **Infermiere**, **Infermiere Pediatrico**, è rivolto ad un numero massimo di 100 partecipanti.
È necessario compilare la presente scheda, in stampatello leggibile, inviarla via fax allo **0984.830987** o via e-mail a **segreteria@jbprof.com** e contattare telefonicamente il Provider J&B allo **0984.837852**, da lunedì a venerdì ore 9:00-13:00, per verificare se l'iscrizione rientra tra le prime 100 pervenute.
L'assegnazione dei crediti ECM è subordinata all'effettiva partecipazione all'intero programma formativo, alla verifica dell'apprendimento ed al rilevamento della presenza.

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 perla 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 _____