

Scheda di Iscrizione al Corso ECM

“Problematiche sanitarie ed organizzative in pediatria”

1 Giugno 2012

Sala Congressi Hotel Mercure - Rende

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/Collegio/Associazione N. _____ Prov. _____

Libero Professionista Dipendente

Convenzionato Senza occupazione

Tel. _____ Fax _____ Cellulare _____

E-mail _____

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 lo 0984.837852 da lunedì a venerdì ore 9:00-13:00 per verificare il posto assegnato. L'accesso al corso sarà stabilito secondo l'ordine cronologico basato sulla data di iscrizione pervenuta.

L'assegnazione dei crediti ECM è subordinata all'effettiva partecipazione dell'intero programma formativo, alla verifica dell'apprendimento ed al rilevamento della presenza.

L'evento è rivolto ad un numero massimo di 50 Medici Chirurghi delle seguenti discipline: Pediatria; Medicina Generale (Medici di famiglia); Pediatria (Pediatri di libera scelta).

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 desiderate la diffusione dei dati personali (nome, qualifica e azienda) agli altri partecipanti al corso, barri la casella riportata qui a fianco.

Qualora non desiderate ricevere ulteriori informazioni, barri la casella riportata qui a fianco

Data _____

Firma _____