23 e 24 Febbraio 2018 Hotel San Francesco Rende (CS)

MODULO DI ISCRIZIONE

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 **MEDICO CHIRURGO** Disciplina _____

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

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

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ E-mail _____

	Quota iscrizione congresso	Iscrizione congresso + Pernottamento*
Medici Chirurghi	☐ € 219,60 (IVA compresa)	☐ € 378,20 (IVA compresa)*
Specializzandi	Gratuito	

*** Pernottamento in camera doppia uso singola per la notte di venerdì 23/02/2018 con cena a menu fisso presso ristorante Hotel San Francesco e prima colazione di sabato 24/02/2018**

MODALITA' DI PAGAMENTO **BONIFICO BANCARIO** Coordinate IBAN: **IT69 A030 3280 8800 1000 0091 624**
Indicare nella causale del bonifico **Cognome e Nome del partecipante.**

Dati per la fatturazione (da compilare se diversi dai dati personali)

Ragione Sociale _____

P. IVA/ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ C.a.p. _____

Città_____ Prov. _____

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 _____