Modulo di Iscrizione

LA PSORIASI: NUOVI ORIENTAMENTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI

16 Aprile 2016
Sala Conferenze Hotel Jolly
Corso Luigi Saraceni, 22 - Castrovillari (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 N. _____ Prov. _____

Libero Professionista[ ] Dipendente[ ] Convenzionato[ ] Altro[ ]

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ E-mail _____

Il corso, cod. ECM 148738, è accreditato per **MEDICI CHIRURGHI** (specialisti in Dermatologia e venereologia; Medicina interna; Pediatria; Reumatologia; Radiodiagnostica; Medicina generale - Medici di famiglia; Continuità assistenziale; Pediatria - pediatri di libera scelta), e **FARMACISTI** (specialisti in Farmacia territoriale e farmacia ospedaliera) per un numero massimo di 30 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 30 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 _____