Scheda di Iscrizione al Corso ECM

"Il medico di medicina generale e le neoplasie cutanee"

16 Marzo 2013
Sala Conferenze Distretto Sanitario – V.le Michelangelo Rossano Scalo (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 53275, è accreditato per **MEDICI CHIRURGHI** (Medicina Generale Medici di Famiglia, Pediatri di libera scelta).

La partecipazione è gratuita ed è riservata ad un numero massimo di 70 partecipanti.

Per iscriversi al corso è necessario compilare il presente modulo di iscrizione e inviarlo via fax allo 0984.830987 oppure via posta elettronica a info@jbprof.com e contattare telefonicamente la segreteria, da lunedì a venerdì ore 9:00 - 13:00 allo 0984.837852, per verificare se l'iscrizione rientra tra le prime 70 pervenute.

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 _____