

Realizzato grazie ad un grant educazionale incondizionato di Schering-Plough

Scheda di Iscrizione al Corso ECM Focus on Spondiloartriti

Cod. ECM I0003577

Sala Stampa - Aula Magna – UNICAL
20 Febbraio 2010

Rende

E.C.M.
Educazione Continua
in Medicina

Dati Personali obbligatori per la pratica E.C.M.
Si prega di scrivere in stampatello

7 Crediti

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ Prov. il / /

Cod.Fisc.

Indirizzo _____ C.a.p.

Città _____ Prov.

Telefono _____ Fax _____

Cell. _____ E-mail _____

Professione _____ Disciplina _____

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

N°. Telefonico per comunicazioni urgenti

La partecipazione all'evento formativo è gratuita ed è riservata ad un numero massimo di 60 Medici.

E' necessario compilare l'apposita scheda di iscrizione allegata e inviarla via fax allo 0984.830987 e contattare telefonicamente la segreteria per verificare il posto assegnato da lunedì a venerdì ore 9:00-13:00 allo 0984.837852.

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

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

Firma _____