Scheda di Iscrizione al Corso ECM

"Le malattie autoimmunitarie del connettivo: Coinvolgimento Dermatologico e Reumatologico"

6 ottobre 2012
Sala Congressi Holiday Inn – Via Panebianco 452, Cosenza

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 _____ Specializzazione _____

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

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

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ E-mail _____

Il corso, cod. ECM 36498, è accreditato per **MEDICI CHIRURGHI** (tutte le specializzazioni).

La partecipazione è gratuita ed è riservata ad un numero massimo di 80 partecipanti.

È necessario compilare la presente scheda 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 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 _____