

SCHEMA D' ISCRIZIONE
Convegno Nazionale
ROMA DAY SURGERY
Percorsi organizzativi chirurgici ed assistenziali.
Roma, 23 gennaio 2010
Da inviare alla P & P S.r.l. a mezzo fax al n. 02.66103840

Nome			
Cognome			
Indirizzo privato			
CAP Città Prov.			
Telefono privato		Cellulare	
Indirizzo di posta elettronica privato.		La corrispondenza avverrà solo per posta elettronica a info@pep-congressi.it o info@daysurgeryitalia.it	

• **DATI OBBLIGATORI PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA**

* C.F. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	* P.I. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

• Data di nascita GG/MM/AA	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	• Luogo di nascita	
-------------------------------	---	--------------------	--

Qualifica attuale			
Disciplina (solo per Medici)			
Ente di appartenenza			
Indirizzo			
CAP Città Prov.			
Telefono lavoro		Telefax	
E-Mail lavoro			

QUOTE D' ISCRIZIONE Infermieri € 40,00 + IVA 20% = € 48,00 Medici € 60,00 + IVA 20% = € 72,00	Educazione Continua in Medicina L'evento formativo sarà registrato al Ministero della Salute, come da programma di Educazione Continua in Medicina – E.C.M.
--	---

Qualora sia richiesta fattura intestata a soggetto diverso, si prega di riportare l'intestazione desiderata completa di tutti i dati fiscali

--

Modalità di pagamento

Allego assegno bancario non trasferibile intestato a:
P & P S.r.l. N. _____ BANCA _____

Allego ricevuta bonifico bancario
 presso INTESA SAN PAOLO S.p.A. – Filiale 03981 – Milano **su conto corrente intestato a P & P S.r.l.**
IBAN IT86T0306909456065693560112 - causale "Iscrizione "ROMA DAY SURGERY 2010"

Firma _____ Data _____

RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI
(Decreto legislativo 30/06/03, n. 196)

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui al Decreto legislativo del 30 giugno 2003 n. 196, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo stesso, conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali, al fine di consentire la formalizzazione dei reciproci rapporti contrattuali ed economici, oltre che per la gestione di comunicazioni a carattere informativo, organizzativo e commerciale. Il sottoscritto può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 18, tra cui il diritto di opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano ai fini previsti o di richiedere la modifica o cancellazione degli stessi, con comunicazione scritta alla: P & P S.r.l. Viale Sarca, 41 - 20125 MILANO

SI NO

Firma _____ Data _____