

Meeting Annuale dei Coordinatori UCP e Rappresentanti Regionali

Mestre (Venezia)

Sabato 7 maggio 2011

Da inviare via email a Marina Fiorino (marina.fiorino@siccr.org)

entro il 5 aprile 2011

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____ Cell _____

Email _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____

PARTITA IVA (per fatturazione) _____

Novotel Mestre Castellana

Pernottamento

DUS € 101,00 (IVA compresa)

DBL € 111,00 (IVA compresa)

Data arrivo __/05/2011 Data Partenza __/05/2011

Pacchetto cena € 60,00 a persona (€ 50,00 + IVA 20%)

Modalità di prenotazione e pagamento (HOTEL)

Per la richiesta di prenotazione alberghiera, si prega di indicare il n° della propria carta di credito a garanzia.

Il n° della carta verrà trasmesso all'Hotel a garanzia della propria prenotazione.

Il pagamento sarà poi effettuato a direttamente in albergo alla partenza.

Carta di Credito Visa Mastercard

Carta Numero _____ Data di scadenza _____

Intestatario della carta _____

Modalità di prenotazione e pagamento (CENA)

- Allego assegno bancario non trasferibile intestato a SELENE S.R.L. (Via Medici, 23 – 10143 TORINO)
- Allego copia ricevuta bonifico bancario effettuato sul c/c intestato a SELENE S.R.L. – Banca Intesa SanPaolo – Ag. 14 Torino IBAN IT02 N 03069 01048 100000062675 (**FAX SELENE 011.7499576**)
- Carta di credito Visa Mastercard

Carta Numero _____ Data di scadenza _____

Intestatario della carta _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa ex. Art. 13 del Codice Civile in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 - Testo Unico delle norme in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali). Le informazioni e i dati comuni da Lei forniti per l'iscrizione al presente evento, saranno oggetto di trattamento nel rispetto delle disposizioni sopra menzionate e degli obblighi di riservatezza che ispirano l'attività di Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale. Il trattamento dei dati sarà effettuato per: dare corso alla Sua iscrizione, invio di materiale informativo inerente l'organizzazione di attività da parte della nostra Società, gestione amministrativa ed extracontabile.

Presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per i fini qui indicati.

Non presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, fatta eccezione l'iscrizione al presente evento ed ai trattamenti obbligatori previsti per legge. L'approvazione al trattamento è opzionale, ma in caso di mancanza della medesima la Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale, non sarà in grado, di erogare tutti o alcuni dei servizi oggetto della presente registrazione.

DATA ____/____/2011 FIRMA _____