

Workshop ECM
DAY SURGERY EVOLUTION – Cavalese, 9 settembre 2017
Scheda di iscrizione

da inviare entro il 2 settembre via fax al n. **02 94752758** Info: 347 6507318

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Luogo di Nascita _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo (abitazione) _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Cellulare _____

E-mail _____ fax _____

Ente di appartenenza (Ospedale, Casa di Cura, altro) _____

Professione _____ Disciplina _____

Ordine dei Medici Collegio IPASVI Altro di _____

Numero d'iscrizione _____ Anno d'iscrizione _____

➤ **QUOTA di ISCRIZIONE (IVA 22% inclusa)**

€ 30,00 (crediti ECM, coffee break, rinfresco)

➤ **GRATUITA**

ISCRITTI A.D.S.I. DIPENDENTI APSS TN

COD. PROMO _____

Modalità di pagamento

Allego ricevuta bonifico bancario presso INTESA SAN PAOLO S.p.A. su conto corrente intestato a **P & P S.r.l.** IBAN IT86T0306909456065693560112. Causale (ECM – Day Surgery Evolution)

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

no sì Firma _____ Data _____