

SCHEDA D'ISCRIZIONE AL CORSO ECM

“In scienza e coscienza per la Famiglia”

Il/La Sottoscritto/a* _____

Nato/a a* _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale* _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____

Tel. Ab. _____ Cell*. _____

E-Mail*: _____

*informazioni richieste obbligatoriamente

POSIZIONE LAVORATIVA PER LA QUALE SI PARTECIPA AL CORSO

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato S.S.N.

Chiede di iscriversi al Corso ECM citato in titolo

Quota di Partecipazione: € 990,00 (novecentonovanta/00) Iva inclusa

Modalità di Pagamento: la quota di € 495,00 (quattrocentonovantacinque/00) è da versare entro e non oltre il 15 settembre 2017

BONIFICO: intestato a “Associazione Abbracciami”

IBAN: IT 33G0 76011 370000100 2547105

Causale : CORSO ECM Nome e Cognome del Partecipante

Modalità di partecipazione: l'accettazione dell'iscrizione avviene in seguito alla ricezione della ricevuta di pagamento dell'acconto o della quota di partecipazione, salvo differente comunicazione nel caso in cui non si raggiunga il numero minimo di partecipanti previsti (minimo 10 massimo 20). L'ordine di arrivo delle Schede di Iscrizione comprensiva della ricevuta di pagamento) dà precedenza sul riempimento dei posti previsti. La sostituzione del partecipante iscritto è consentita

previa comunicazione scritta. Il pagamento della quota di partecipazione sottintende la lettura e l'accettazione del regolamento della frequenza al corso.

Il Firmatario dichiara di aver preso visione delle informazioni e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolar modo per quanto riguarda la quota di partecipazione e le rinunce e le sostituzioni.

LA PRESENTE SCHEDA DI ISCRIZIONE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE, IN STAMPATELLO LEGGIBILE, DOVRÀ ESSERE INVIATA UNITAMENTE ALL'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO (SCANNERIZZATA O FOTOGRAFATA) ED INVIATA VIA E-MAIL AL SEGUENTE INDIRIZZO:
POSTA@ASSOCIAZIONEABBRACCIAMI.COM

DATA _____

Firma del Corsista
(Con responsabilità sulla correttezza dei dati)

(FIRMA LEGGIBILE)

PUNTI DI CONTATTO:

Segreteria Organizzativa : 3664761406

Associazione Abbracciami, Viareggio (Lucca), via don Aldo Mei, 22.

INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.LGS 196/2003):

L'ISCRIZIONE AL CORSO PREVEDE L'ACCETTAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI IN BASE AL DLGS 196/03, I DATI SARANNO UTILIZZATI SOLO ED ESCLUSIVAMENTE PER L'INSERIMENTO NEL SISTEMA DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA. IL RIFIUTO AL TRATTAMENTO DEI DATI NON PERMETTE L'ISCRIZIONE ALL'EVENTO. CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE L'INTERESSATO FORNISCE IL CONSENSO ALL'INVIO DI COMUNICAZIONI COMMERCIALI AI SENSI DELL'ART. 130 N.1 (D.LGS N. 196/03) ED ALLA PUBBLICIZZAZIONE DI FUTURE INIZIATIVE DI FORMAZIONE.

DATA _____

FIRMA PER ACCETTAZIONE _____