

MODULO DI ISCRIZIONE

[Compilare in ogni sua parte e inviare via fax oppure via mail]

TITOLO DEL CORSO

DATA/E DI SVOLGIMENTO

LUOGO DI SVOLGIMENTO

COGNOME

NOME

LUOGO DI NASCITA

PROVINCIA

DATA DI NASCITA

CITTÀ

VIA

N.

CAP

PROVINCIA

TELEFONO FISSO

CELLULARE

EMAIL

PROFESSIONE

SPECIALIZZAZIONE

FATTURAZIONE [Indicare i dati per l'intestazione della fattura]

RAGIONE SOCIALE [se diversa da cognome nome]

INDIRIZZO [Via/Piazza – civico – Città – CAP – Provincia]

PARTITA IVA

CODICE FISCALE

CODICE UNIVOCO

INDIRIZZO PEC

POSIZIONE LAVORATIVA

DIPENDENTE

LIBERO PROFESSIONISTA

ISCRITTO ALL'ORDINE

NUMERO DI ISCRIZIONE

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

TRATTAMENTO DEI DATI D.LGS 196/03 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI OLTRE CHE DEL REGOLAMENTO UE 679/2016
(Codice in materia di protezione dei dati personali)

Si informa che i dati contenuti nel modulo sono raccolti e conservati presso gli archivi cartacei ed informatizzati. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed è finalizzato allo svolgimento inerente l'evento in oggetto.

Titolare del trattamento dei dati è il Responsabile della Segreteria di Formazioneeventi cui l'interessato potrà sempre rivolgersi per esercitare i diritti previsti, quali: l'accesso, la cancellazione, la correzione, l'opposizione al trattamento degli stessi, ancorché pertinente con gli scopi della raccolta.

Con la compilazione del modulo di iscrizione, il partecipante esprime il consenso al trattamento dei propri dati per le finalità sopra indicate.

LUOGO E DATA

FIRMA per accettazione

FORMAZIONEVENTI

Cultura Formazione Comunicazione

Via Verrotti, 107/a - Centro Espansione 2 - 65015 Montesilvano (PE) – Italia - P. IVA: 01975940683
segreteria@formazioneventi.com - Linea fissa 085 8428796 - mobile 393 9067727 :: 393 9067482 - fax 085 4454059



E.C.M. Educazione Continua in Medicina

Programma Nazionale per la Formazione degli Operatori della Sanità