



1° Corso di Formazione in Medicina della Riproduzione e Diagnosi Prenatale

MODULO DI ADESIONE E COMUNICAZIONE DATI PERSONALI

MAX 100 POSTI PER ORDINE DI ARRIVO (60 POSTI PER I MEDICI E 40 POSTI PER I PARAMEDICI)

RICHIESTI N. 12 ECM

SI PREGA DI VOLER GENTILMENTE COMPILARE LE SOLE PARTI RICHIESTE, SALVARE IL DOCUMENTO CON IL PROPRIO "COGNOME/NOOME"
ED INVIARE QUESTO DOCUMENTO ED EVENTUALI ALLEGATI AD INFO@SISMERABRUZZO.IT

Il sottoscritto _____, nato a _____, il _____ e residente
a _____ C.A.P. _____ provincia di _____, in _____, n.
_____ titolare di P.IVA num. _____ e C.F. _____, iscritto al
num. _____ dell'Albo Professionale _____ della provincia di _____

dichiara di voler partecipare al Corso di Formazione in oggetto, strutturato in 2 giornate:

- 12 maggio 2017 dalle ore 14:00 alle ore 20:00
- 13 maggio 2017 dalle ore 09:00 alle ore 13:00

e di aderire allo svolgimento:

- dell'intero corso della durata di 10 ore e dal costo di € 50 (Medici Chirurghi Specialisti in Ginecologia ed Ostetricia, Urologia, Andrologia, Genetica, Neonatologia, Radiologia, Medicina Generale).
- dell'intero corso della durata di 10 ore e dal costo di € 25 (Biologi, Ostetriche, Infermieri, Tecnici di Laboratorio e Tecnici di Radiologia)

Il sottoscritto provvederà al versamento di quanto richiesto a mezzo di bonifico bancario alle seguenti coordinate:

Banca Popolare dell'Emilia Romagna - Sede di L'Aquila
IBAN: IT27X0538703601000000164212
Intestato a: ASL1 AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA
Causale: Corso di Formazione Medicina della Riproduzione e Diagnosi
Prenatale 12-13 Maggio 2017

Il sottoscritto comunica inoltre i propri recapiti utili ad essere informato su ogni notizia relativa al corso in oggetto, o altra notizia che l'organizzazione ritenga utile comunicare:

- email: _____
- pec: _____
- tel. fisso: _____
- tel. mobile: _____

AL PRESENTE DOCUMENTO, IL SOTTOSCRITTO ALLEGA COPIA DELLA RICEVUTA DI BONIFICO ATTESTANTE IL PAGAMENTO AVVENUTO IN DATA _____

INFORMATIVA EX D.LGS. N. 196/03. SISMeR Servizi Abruzzo S.r.l., TITOLARE DEL TRATTAMENTO, TRATTERÀ I DATI PERSONALI DA LEI LIBERAMENTE CONFERITI PER FORNIRE I SERVIZI INDICATI E, SE LO DESIDERA, PER AGGIORNARLA SU INIZIATIVE DI CARATTERE FORMATIVO E INFORMATIVO PROMOSSE DALLA STESSA SOCIETÀ. LEI POTRÀ ESERCITARE I DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 DEL D.LGS. N. 196/03 RIVOLGENDOSI AL TITOLARE DEL TRATTAMENTO, SISMER SERVIZI ABRUZZO S.R.L. - VIA PIEMONTE 2/A - 67100 L'AQUILA (AQ).

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO

NON ACCONSENTO AL TRATTAMENTO