

LA GESTIONE DEL DOLORE
III edizione 29 settembre 2018 9.00 – 13.00
Scheda di iscrizione

Inviare la presente scheda debitamente compilata alla Segreteria Servizio Formazione GVM
E-mail: formazionecm@gvmnet.it

Nome _____ Cognome _____
Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ Fax _____
Cellulare. _____ Email _____

QUOTA DI ISCRIZIONE

Δ € 40,00 – (Esente IVA) Crediti ECM per tutte le professioni

MODALITA' DI PAGAMENTO: tramite bonifico bancario o tramite POS (Bancomat o Carta di Credito) presso il Servizio Formazione di Maria Cecilia Hospital, Via Corriera 1, Cotignola, entro il 24 settembre 2018.

Δ Allego fotocopia della ricevuta del bonifico bancario intestato a: Maria Cecilia Hospital – Servizio formazione GVM. Banca: Banca Unicredit d'Impresa SPA, Agenzia di Lugo, Ravenna, IBAN IT62W0200802515000001378292

Causale: Nome e Cognome dell'iscritto e titolo del corso

Δ Pagamento presso il Servizio Formazione di Maria Cecilia Hospital entro il 24 settembre 2018.

DATI FATTURAZIONE:

Intestazione

Indirizzo _____ Cap. _____
Città _____ Prov. _____
Codice Fiscale
(obbligatorio) _____
Partita IVA _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa ex Art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali. Tutti i dati rilasciati verranno raccolti e trattati (in modalità manuale ed informatica) nel rispetto del D.lgs 196/2003 nonché del Regolamento UE 2016/679 anche per l'eventuale invio di materiale informativo e/o promozionale. I dati non saranno diffusi a soggetti esterni ad eccezione di istituti bancari, società di recapito corrispondenza, aziende da noi incaricate per la gestione dei servizi, della segreteria scientifica e/o del comitato organizzatore dell'evento. Lei può in ogni momento avere accesso ai Suoi dati, chiederne la modifica, la cancellazione, l'integrazione od opporsi al loro utilizzo.

Δ Autorizzo il consenso al trattamento dei miei dati personali per i fini qui indicati

Δ Non autorizzo il consenso al trattamento dei miei dati personali, fatta eccezione l'iscrizione al presente evento ed ai trattamenti obbligatori previsti per legge

Data, _____ Firma _____