



MODULO DI ISCRIZIONE

TITOLO DEL CORSO : **Nurse Emergency Academy**

DATA E LUOGO DEL CORSO: **Reggio Emilia 21/22/23/24 novembre 2017**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Il _____

Indirizzo: _____

C.Fiscale _____ Professione _____

Telefono _____ E-Mail _____

Ente di appartenenza _____ Reparto _____

Quota di partecipazione: **299 euro**

DATI FATTURAZIONE (se diversi dai dati anagrafici)

Intestare la fattura a _____

Via _____ n° _____ CAP _____ Città _____

C.F/Part.Iva _____

La presente scheda di iscrizione, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, unitamente a copia del bonifico bancario intestato a ARS CURANDI società cooperativa sociale 62012—Civitanova Marche, C.F./P. IVA 01628440438 da effettuarsi sul :

cc. 47563 della banca Carifermo filiale 54. IBAN: IT28 B061 5068 871C C054 0047 563

dovrà essere consegnata a mano o fax allo +39 0733 1772026 o via mail: info@arscurandi.net

Privacy:

firmando il seguente documento sulla privacy accetto anche che vengano prodotte e pubblicate su internet o documenti pubblicitari fotografie o video

Ai sensi del D.Lgs n.196/2003 i dati personali raccolti verranno utilizzati per la gestione amministrativa dei corsi, in particolare per la compilazione del modulo ECM da inviare al Ministero della salute. I dati potranno essere utilizzati per la creazione di un archivio ai fini dell'invio di proposte (via E-Mail, fax o a mezzo posta) per corsi ed iniziative di studio da parte dell'ARS CURANDI. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art.7 del succitato decreto inviando una richiesta scritta alla ARS CURANDI Via Zavatti 8—62012 Civitanova Marche(MC)

In caso di rinuncia a partecipare al corso per qualsiasi motivo: entro 7 giorni rimborso dell'80% della quota d'iscrizione , nei 7 giorni precedenti rimborso del 50%.

Qualora non si desideri ricevere ulteriori informazioni barrare la casella a fianco

Il/la sottoscritto/a _____

Acquisite le informazioni di cui all'art 13 del D.Lgs. 196/2003, conferisce il proprio consenso al trattamento e comunicazione dei dati che lo/la riguardano.

Data _____

Firma _____