



## MODULO DI ISCRIZIONE

TITOLO DEL CORSO : BLSD & PBLSD

DATA E LUOGO DEL CORSO : ROMA - 11 Febbraio 2016

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

C.Fiscale \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Quota di partecipazione 55 EURO

### DATI FATTURAZIONE (se diversi dai dati anagrafici)

Intestare la fattura a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

C.F./Part.Iva \_\_\_\_\_

#### Iscrizione:

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](mailto: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 \_\_\_\_\_