

SCHEDA di ISCRIZIONE per PSICOLOGI

Da inviare alla Segreteria Organizzativa:

Ideas Group s.r.l.

Via del Parione, 1 - 50123 Firenze

Tel. 055.2302663

Fax 055.5609427

iscrizioni@ideasgroup.it

www.ideasgroup.it

Abuso e Maltrattamento: Tecniche e Diagnosi per la terapia nell'Adulto

UNA Hotel Century
via Fabio Filzi 25/b, Milano
17/18 aprile 2010

Dati obbligatori per attribuzione crediti formativi ECM:

Nome.....

Cognome.....

Nato a.....il.....

Codice Fiscale.....

Tel.Fax.....

Cell.E-mail.....

Indirizzo Via.....n°.....

CAP.....Città.....Prov.

N° Iscr. Ordine, Collegio/Assoc.....

Dati per la fatturazione:

Intestata a.....

Indirizzo Via.....n.

CAP.....Città.....Prov.

Codice Fiscale/P. IVA.....

Quota di Iscrizione

Medici Chirurghi Euro 200,00 + IVA, Psicologi Euro 200,00 + IVA.

I pagamenti potranno essere effettuati tramite:

assegno bancario o circolare "non trasferibile" intestato a: **Ideas group srl**

bonifico bancario a favore di:

Ideas Group srl - c/o Intesa San Paolo – codice Iban IT 56 U 0306902800100000016220 priva di oneri bancari per il beneficiario. Specificare nella causale del bonifico "Corso ABUSO E MALTRATTAMENTO" ed il proprio nome, ed inviare copia della reversale bancaria al numero di fax 0555609427.

pagamenti online sul sito www.ideasgroup.it specificando nella causale il nome dell'iscritto e il titolo del congresso ("ABUSO E MALTRATTAMENTO").

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al Corso e per l'erogazione dei servizi connessi (Crediti ECM).

L'autorizzazione al trattamento dei vostri dati è obbligatoria e in sua assenza non sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione.

Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art.7 del decreto Legislativo 196/2003. I dati verranno comunicati esclusivamente al Ministero della Salute per l'espletamento della pratica ECM.

Data.....Firma.....