

SCHEMA DI ISCRIZIONE

da compilare ed inviare
via mail a iscrizioni@ideasgroup.it
via fax al numero 055.5609427

Titolo corso
Città
Data
Quota di iscrizione €

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.
Professione

Dati per la fatturazione

Intestata a
Codice Fiscale/P. IVA
Indirizzo: Via n.
CAP Città Prov.

Pagamenti

La quota di iscrizione dà diritto a: partecipazione al corso, kit congressuale, attestato di partecipazione.
Non sono previsti coffee break e lunch.

I pagamenti potranno essere effettuati tramite bonifico bancario a favore di:

Ideas Group srl - c/o Intesa San Paolo / CR Firenze – codice Iban IT13 B061 6002 8951 0000 0016 220

Priva di oneri bancari per il beneficiario. Specificare nella causale del bonifico TITOLO E DATA del Corso ed il proprio nome, ed inviare copia della reversale bancaria al numero di fax 0555609427.

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