

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

da compilare ed inviare  
via mail a [iscrizioni@ideasgroup.it](mailto: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, coffee break , attestato di partecipazione.

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 .....