

**SCHEMA di ISCRIZIONE per  
MEDICI**

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

**XXVII CONVEGNO ANNUALE ANAP  
Onlus & II CONGRESSO  
NAZIONALE FEDIPSO Onlus**

Sala Beato G. Allamano,  
C.so Ferrucci, 12/Ter  
Torino, 24 Maggio 2009

Nome.....  
Cognome.....  
Istituto/Ospedale.....  
Indirizzo Ospedale.....  
Reparto.....Ruolo.....  
CAP.....Città.....Prov. ....  
Tel. ....Fax.....

**Dati obbligatori per attribuzione crediti formativi ECM e per la fatturazione**

Nato a.....il.....  
Codice Fiscale/P. IVA.....  
Specialista in.....  
Tel. ....Fax.....  
Cell. ....E-mail.....  
Indirizzo privato: Via.....n. ....  
CAP.....Città.....Prov. ....  
N° Iscr. Ordine, Collegio/Assoc. ....

**Quota di Iscrizione**

Medici Chirurghi Euro 30,00, Infermieri Euro 20,00, Uditori Euro 15,00, Associati ANAP Euro 10,00.

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 Instesa San Paolo- codice Iban IT 56 U 0306902800100000016220 priva di oneri bancari per il beneficiario. Specificare nella causale del bonifico "Congresso ANAP- FEDIPSO" ed il proprio nome, ed inviare copia della reversale bancaria al numero di fax 0555609427.
- pagamenti online sul sito [www.ideasgroup.it](http://www.ideasgroup.it) specificando nella causale il nome dell'iscritto e il titolo del congresso ("FEDIPSO-ANAP").

**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.....