SCHEDA 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

LO PNEUMOTORACE SPONTANEO NELL'ADULTO

Ospedale San Giovanni di Dio,
Via di Torregalli 3
Firenze, 10 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. ……

Dati per la fatturazione:

Intestata a……..……

Indirizzo Via……..……n. ……

CAP……..Città……Prov. …….....

Codice Fiscale/P. IVA…….

Quota di Iscrizione

Medici Chirurghi Euro 40,00, Infermieri Euro 40,00.
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 Intesa San Paolo - codice Iban IT 56 U 0306902800100000016220
priva di oneri bancari per il beneficiario. Specificare nella causale del bonifico "Corso PNEUMOTORACE SPONTANEO" 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 ("PNEUMOTORACE SPONTANEO").

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…….....