

MODULO DI ISCRIZIONE EVENTO ECM

TITOLO: IMAGING DELLA SPALLA - Crediti Formativi: 8

DATA : 15/12/2017 - dalle ore 8:00 alle ore 18:00

Sede : Il corso si terrà presso "Hotel Le Calette" Via Vincenzo Cavallaro, 12

CAP 90015 CEFALÙ (PA)

Per informazioni tel. 091/421693

Per invio schede iscrizioni fax: 091/421693

mail: direzionetecnica@progettogiovani.it

DATI PARTECIPANTE

Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____ Prov _____ Data di nascita _____

Indirizzo residenza: _____

CAP _____ Città' _____ Prov. _____

Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

Codice Fiscale _____

Professione _____ Specializzazione _____

ISCRIZIONE Ordine, Collegio, Ass. _____ LUOGO DI ISCRIZIONE _____

Ordine, Collegio, Ass. _____ Tipologia _____

DATI PER LA FATTURA O RICEVUTA (compilare obbligatoriamente)

Nome e Cognome _____ Via _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Partita IVA _____ CF _____

L'iscrizione dovrà pervenire, entro 20 giorni dall'inizio del corso, unitamente alla ricevuta di pagamento al seguente indirizzo e-mail: direzionetecnica@progettogiovani.it. Si ricorda che il rilascio dell'attestato è subordinato al saldo della quota di iscrizione.

- 40 euro + IVA radiologi iscritti alla SIRM e alla sezione di muscoloscheletrica;
- 70 euro + IVA radiologi non iscritti alla sezione SIRM di muscoloscheletrica.

Il pagamento potrà essere eseguito tramite bonifico bancario anticipato, assegno bancario anticipato, contanti.
In caso di bonifico, la distinta del pagamento dovrà essere inviata tramite fax insieme al presente modulo di iscrizione.

Dati per il bonifico:

IBAN: IT 41 D0335901600100000144174

Intestazione: Associazione Progetto Giovani

Descrizione: Iscrizione Corso IMAGING DELLA SPALLA

Trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 10 della legge n. 196/03 La informiamo che i suoi dati saranno conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra società nonché da enti e società esterne ad essa collegate, solo per l'invio di materiale amministrativo e promozionale derivante dalla nostra attività contabile e ai fini ECM (trasmissione dati personali alla Commissione ECM).

La informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 13 della medesima legge, Lei ha il diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge.

Timbro e firma per accettazione_____

Data.....

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare, le modalità di iscrizione e di partecipazione.

Si allegano:

- **Copia della carta d'identità;**
- **Copia del Codice Fiscale;**
- **Copia della ricevuta del bonifico bancario.**

Data _____

Firma _____