

SCHEDA D' ISCRIZIONE

3° CORSO DI MEDICINA DEL DOLORE

Merano, 12 febbraio 2011
 Da inviare alla P & P S.r.l. entro il 5 febbraio 2011
 a mezzo fax al n. 02.66103840

Nome			
Cognome			
Indirizzo privato			
CAP Città Prov.			
Telefono privato		Cellulare	
Indirizzo di posta elettronica privato.		La corrispondenza si effettuerà mediante mail a info@pep-congressi.it o info@daysurgeryitalia.it	

• **DATI OBBLIGATORI PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA**

* C.F. <input style="width: 100%;" type="text"/>	* P.I. <input style="width: 100%;" type="text"/>
---	---

• Data di nascita GG/MM/AA	<input style="width: 100%;" type="text"/>	• Luogo di nascita	
-------------------------------	---	--------------------	--

Qualifica attuale			
Disciplina			
Ente di appartenenza			
Indirizzo			
CAP Città Prov.			
Telefono lavoro		Telefax	
E-Mail lavoro			

QUOTE D' ISCRIZIONE Dipendenti Azienda Sanitaria di Bolzano € 50,00 + IVA 20% = € 60,00 Medici € 75,00 + IVA 20% = € 90,00 Infermieri € 60,00 + IVA 20% = € 72,00	QUOTE D' ISCRIZIONE <i>per coloro che hanno partecipato ad uno dei corsi precedenti. (30 ottobre 2010 – 17-18 dicembre 2010)</i> Dipendenti Azienda Sanitaria di Bolzano € 40,00 + IVA 20% = € 48,00 Medici € 60,00 + IVA 20% = € 72,00 Infermieri € 50,00 + IVA 20% = € 60,00
--	--

Qualora sia richiesta fattura intestata a soggetto diverso, si prega di riportare l'intestazione desiderata completa di tutti i dati fiscali

Modalità di pagamento

Allego assegno bancario non trasferibile intestato a:

P & P S.r.l. N. _____ BANCA _____

Allego ricevuta bonifico bancario
 presso **BANCA NAZIONALE DEL LAVORO – Gruppo BNP Paribas** su conto corrente
intestato a P & P S.r.l. - IBAN IT6700100501612000000016075
 causale "3° Corso Medicina del Dolore Merano"

Firma _____ Data _____

RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI
(Decreto legislativo 30/06/03, n. 196)

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui al Decreto legislativo del 30 giugno 2003 n. 196, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo stesso, conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali, al fine di consentire la formalizzazione dei reciproci rapporti contrattuali ed economici, oltre che per la gestione di comunicazioni a carattere informativo, organizzativo e commerciale. Il sottoscritto può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 18, tra cui il diritto di opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano ai fini previsti o di richiedere la modifica o cancellazione degli stessi, con comunicazione scritta alla: P & P S.r.l. Viale Sarca, 41 - 20125 MILANO

SI NO

Firma _____ Data _____