

SCHEDA D' ISCRIZIONE

X Corso Nazionale per Infermieri in Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery Modelli d'assistenza personalizzata in Day Surgery

ISOLA D'ELBA, HOTEL HERMITAGE, 16 – 18 MAGGGIO 2010

Da inviare alla P & P S.r.l. a mezzo fax al n. 02.66103840

Nome			
Cognome			
Indirizzo privato			
CAP Città Prov.			
Telefono privato		Cellulare	
Indirizzo di posta elettronica privato.		La corrispondenza avverrà per posta elettronica a info@pep-congressi.it o info@daysurgeryitalia.it	
• DATI OBBLIGATORI PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA			
* C.F. <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>		* P.I. <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>	
• Data di nascita GG/MM/AA <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>		• Luogo di nascita <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>	
Qualifica attuale			
Disciplina (solo per medici)			
Ente di appartenenza			
Indirizzo			
CAP Città Prov.			
Telefono lavoro		Telefax	
E-Mail lavoro			
QUOTE D' ISCRIZIONE Soci AICO in regola (2010) € 200,00 + IVA = € 240,00 Infermieri non soci € 300,00 + IVA = € 360,00 Accompagnatori € 100,00 + IVA = € 120,00 Gala Dinner € 60,00 (IVA inclusa)		E. C. M. – Educazione Continua in Medicina Evento ECM N. 3442 – 10017257 Evento registrato al Ministero della Salute in Attesa dei crediti formativi.	
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 INTESA SAN PAOLO S.p.A. – Filiale 03981 – Milano su conto corrente intestato a P & P S.r.l. IBAN IT86T0306909456065693560112 - CAUSALE "ELBA DAY SURGERY 2010" Firma _____ Data _____			
RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI <small>(Decreto legislativo 30/06/03, n. 196)</small>			
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			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Firma _____ Data _____			