

SCHEDA D' ISCRIZIONE
FAST TRACK SURGERY

la centralità del paziente nel pre e post - operatorio

ZELARINO DI MESTRE, 27 febbraio 2010 – CHIOGGIA, 17 APRILE 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 solo per posta elettronica. a info@pep-congressi.it o info@daysurgeryitalia.it	

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

* C.F. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	* P.I. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

• Data di nascita GG/MM/AA	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	• Luogo di nascita	
-------------------------------	---	--------------------	--

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

Indicare il convegno: CONVEGNO DEL 27 FEBBRAIO – ZELARINO CONVEGNO DEL 17 APRILE - CHIOGGIA 2 CONVEGNI CON Educational Card Medicine	QUOTE D' ISCRIZIONE INFIERMIERI € 60,00 + IVA 20% = € 72,00 MEDICI € 80,00 + IVA 20% = € 96,00 SOCI SICADS € 40,00 + IVA 20% = € 48,00 Educational Card Medicine € 100,00 (IVA inclusa) – Comprende 2 convegni.
---	--

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. - Agenzia 4226 (MI – Ca' Granda) su conto corrente intestato a P & P S.r.l. IBAN IT86T0306909456065693560112 – causale Iscrizione "VENEZIA FAST TRACK SURGERY" 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 _____