

SCHEDA DI ISCRIZIONE

23° CONGRESSO REGIONALE AMD-SID Emilia Romagna

14 OTTOBRE 2017 - BOLOGNA

I Portici Hotel - Via Indipendenza, 69

La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta,
va inviata entro il 28/09/2017 a:

FMR s.r.l. - Via C. Cattaneo, 106 - 41126 MODENA

Fax 059-2922506 - e-mail: mroncaglia@fmrweb.it

DATI PERSONALI E INDIRIZZO:

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Ospedale _____

Reparto _____

Indirizzo _____

CAP _____

Città _____

Prov. _____

Tel. _____

Cell. _____

E-mail _____

Medico, specializz. _____

ATTENZIONE: Si richiede obbligatoriamente un indirizzo di posta elettronica per conferma dell'avvenuta iscrizione. La conferma di partecipazione sarà comunicata, via e-mail, solo ai discenti ammessi al corso. Informativa ai sensi dell' Art. 13 del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali - PRIVACY). L'autorizzazione al trattamento dei dati è obbligatoria e, in sua assenza, non ci 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 agli Enti preposti per l'espletamento della pratica ECM. Non verranno comunicati ad alcuna società commerciale. Titolare e Responsabile del trattamento è FMR s.r.l. - Via C. Cattaneo, 106 - 41126 Modena

Data _____

Firma _____