

1° MEETING INFERMIERE DERMOCLINICO

sabato, 28 marzo 2020

SCHEDA DI ISCRIZIONE

EVENTO ECM

Si richiedono i crediti E.C.M. SI NO

ORDINE _____

CITTÀ DI ISCRIZIONE: _____

NUMERO DI ISCRIZIONE: _____

Ruolo PARTECIPANTE LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE CONVENZIONATO PRIVO DI OCCUPAZIONE

Cognome _____

Nome _____

Sede di lavoro _____

Indirizzo lavoro _____

C.A.P. _____ Città _____ Pr. _____

Tel. lavoro _____ Cell. _____

Fax _____ E-mail _____

Professione _____ Disciplina _____

Nato a _____ il _____

Codice fiscale _____

Indirizzo privato _____

C.A.P. _____ Città _____ Pr. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei Dati all'indirizzo sotto indicato, autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 e 14 del Regolamento Europeo sulla Privacy 2016/679, sino a revoca scritta da parte mia, ad opera della ITALYMEETING srl, con sede in Sorrento alla Via Parsano, 6/b e Spoleto in Via S. Agata, 8, nei limiti di detta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto della vigente normativa. L'informativa completa è disponibile sul sito www.italymeeting.it/privacy.pdf

Data _____ Firma _____

Autorizzo l'invio di informazioni relative ad altri eventi o iniziative di potenziale interesse. SI NO