III CORSO REGIONALE DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO PER GINECOLOGI COLPOSCOPISTI

VERONA, 3 FEBBRAIO, 2 MARZO, 13 APRILE, 4 MAGGIO 2012

SCHEDA DI ISCRIZIONE

SI PREGA DI COMPILARE ENTRAMBE LE PAGINE IN STAMPATELLO
E DI SPEDIRE UNITAMENTE ALLA RICEVUTA DI AVVENUTO PAGAMENTO
ENTRO IL 20 GENNAIO 2012 A: COGEST M. & C. SRL – VICOLO SAN SILVESTRO 6 – 37122 VERONA
FAX: 045 597265 - E.mail: cogest@tin.it

QUOTA DI ISCRIZIONE: € 350,00 + IVA 21% = € 423,50

Professione: ☐ Medico *Disciplina:* ☐ Ginecologia e Ostetricia

Cognome ..... Nome .....

Qualifica .....

Recapito professionale:

Ente di appartenenza .....

Reparto/Divisione .....

Via .....

Cap ..... Città .....

Tel ..... Fax ..... Cell .....

E-mail .....

Ai fini E.C.M.:

Ordine o Collegio o Ass.ne Professionale: .....

della Provincia o Regione .....

Provincia in cui opera prevalentemente .....

Profilo lavorativo attuale: ☐ Dipendente del SSN ☐ Libero professionista in ambito sanitario
☐ Convenzionato del SSN ☐ Altro (specificare) .....

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data e luogo di nascita .....

Intestazione fattura .....

Via .....

Cap ..... Città .....

Codice Fiscale ..... P. IVA .....

RISERVATO A ENTI PER RICHIESTA EMISSIONE FATTURA IN ESENZIONE IVA:
Gli Enti Pubblici che chiedono l'esenzione IVA sono tenuti a farne specifica richiesta apponendo il proprio timbro nella casella a lato ed indicando nella riga sottostante l'articolo di esenzione IVA

ARTICOLO DI ESENZIONE IVA: .....

TIMBRO ENTE

III CORSO REGIONALE DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO PER GINECOLOGI COLPOSCOPISTI

VERONA, 3 FEBBRAIO, 2 MARZO, 13 APRILE, 4 MAGGIO 2012

SCHEDA DI ISCRIZIONE

SI PREGA DI COMPILARE ENTRAMBE LE PAGINE IN STAMPATELLO
E DI SPEDIRE UNITAMENTE ALLA RICEVUTA DI AVVENUTO PAGAMENTO
ENTRO IL 20 GENNAIO 2012 A:
COGEST M. & C. SRL – VICOLO SAN SILVESTRO 6 – 37122 VERONA
FAX: 045 597265 - E.mail: cogest@tin.it

SISTEMAZIONE ALBERGHIERA
Chi necessitasse di pernottare a Verona può a contattare la Segreteria Organizzativa COGEST M. & C. per info e costi.

Invio il pagamento della quota tramite:

☐ **ASSEGNO BANCARIO NON TRASFERIBILE intestato a COGEST M. & C.**

☐ **BONIFICO BANCARIO intestato a:**
COGEST M. & C. - UNICREDIT - Agenzia Piazza Bra 26/e - VERONA
IT49H0200811705000005233961 - ABI 02008 - CAB11705 - CIN H - C/C 000005233961

☐ **CARTA DI CREDITO**: ☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐ EUROCARD

Numero: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ CVV ☐☐☐

CVV: Le ultime tre cifre sul retro della carta.

Data di scadenza: _____/_____ Intestatario carta: _____

☐ Autorizzo COGEST M. & C. ad addebitare € ..... sulla carta di credito di cui sopra.

DATA ..... FIRMA .....

PRIVACY

☐ Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.
NB: In assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data .....Firma .....

☐ Autorizzo il trattamento dei miei dati anagrafici per l'invio di materiale informativo sugli eventi formativi E.C.M. e congressuali organizzati da Cogest M. & C. Cogest M. & C. dichiara che i dati non verranno trasmessi a terzi.

Data .....Firma .....

Informativa ai sensi dell' Art. 13 del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali - PRIVACY).
I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione all'evento per l'erogazione dei servizi connessi (Crediti ECM). L'autorizzazione al trattamento dei Vostri 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 alla Regione Veneto per l'espletamento della pratica ECM. Non verranno comunicati ad alcuna società commerciale. Responsabile del trattamento è Cogest M. & C. srl, Vicolo San Silvestro, 6 - 37122 Verona.