



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona.

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il **20/06/2016** alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via Stamira, 10 – 09134 Cagliari, al numero di fax 070 656263 – e-mail paolapalmas@kassiopeagroup.com

Oltre tale data saranno accettate iscrizioni in loco secondo la disponibilità dei posti a sedere nella sala

| | | | |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Cognome | | Nome | |
| Codice Fiscale _ | | | |
| Luogo e data di nascita | | | |
| Professione ¹ | | Disciplina ² | |
| Tel. | Cell. | e-mail | |
| INDIRIZZO LAVORO | | | |
| Via | | | |
| Città | CAP | | Prov. |
| <input type="checkbox"/> Istituto | <input type="checkbox"/> Ospedale | <input type="checkbox"/> Università | <input type="checkbox"/> Azienda <input type="checkbox"/> Ente |
| <input type="checkbox"/> Reparto | <input type="checkbox"/> Dipartimento | <input type="checkbox"/> Clinica | <input type="checkbox"/> U.O. <input type="checkbox"/> Divisione |
| INDIRIZZO DOMICILIARE | | | |
| Via | | | |
| Città | CAP | | Prov. |
| Tel. | Fax* | e-mail* | |

*Campi obbligatori al fine della spedizione della conferma della registrazione.

| Si iscrive al congresso "Accogliere la vita ai confini con la disabilità e la morte" | | |
|--|--|-------------------------------|
| | Prima del gg 31/05/2016 | Dopo il gg 31/05/2016 |
| Medico Specialista e di base (include ECM, Kit congressuale, pasto e coffee break) | <input type="checkbox"/> € 60 | <input type="checkbox"/> € 75 |
| Medico Specializzando (include Kit congressuale, pasto e coffee break) *dietro presentazione di certificato | <input type="checkbox"/> € 30 | <input type="checkbox"/> € 35 |
| Infermiere, Ostetrico, Psicologo (include ECM, Kit congressuale, pasto e coffee break) | <input type="checkbox"/> € 25 | <input type="checkbox"/> € 30 |
| Membri di associazioni include kit congressuale e coffee break) studenti | <input type="checkbox"/> € 10 | <input type="checkbox"/> € 12 |
| Desidero partecipare al PRANZO (solo per i membri di associazioni) | <input type="checkbox"/> SI importo € 16 | <input type="checkbox"/> NO |
| Totale € | | |

CANCELLATION POLICY: La quota di iscrizione potrà essere rimborsata solo nel caso che la disdetta venga comunicata alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre il **20/06/2016**

| | |
|------|-------|
| Data | Firma |
|------|-------|

Informativa sulla Privacy

La informiamo che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 i dati personali forniti attraverso la compilazione della presente scheda d'iscrizione, potranno formare oggetto di trattamento in relazione allo svolgimento di questo evento. I dati, il cui conferimento è facoltativo, ma indispensabile ai fini amministrativi, verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e la riservatezza. L'ambito di trattamento sarà limitato al territorio italiano e i dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a soggetti che in collaborazione con il titolare partecipano all'organizzazione di questa iniziativa compresa la Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina.

I dati verranno trattenuti per tutta la durata dell'evento e verranno utilizzati in caso di invio di future informazioni di carattere istituzionale e formativo di Kassiopea Group.

Lei potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 7 e ss. del D.Lgs 196/2003 e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettifica, l'aggiornamento e l'integrazione dei suoi dati, nonché opporsi al loro utilizzo per le finalità indicate.

Titolare dei sopraindicati trattamenti è Kassiopea Group Srl, con sede in Via Stamira, 10 a Cagliari.

Responsabile del trattamento è l'Amministratore Unico di Kassiopea Group Srl.

I dati saranno trattati dagli incaricati appartenenti alle seguenti aree: Organizzazione Eventi, Amministrazione, Segreteria, Direzione.

Consenso

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 ed esprime il suo consenso previsto dagli articoli 23 e ss della citata legge, al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa.

Data _____ Firma _____

Dati relativi al pagamento

Il pagamento può essere effettuato tramite bonifico bancario o online entro 5 giorni dall'iscrizione., sul conto intestato a: Centro di aiuto alla vita "uno di Noi" IBAN: IT21K0335901600100000103910 A Pagamento avvenuto inviarne certificato, unitamente alla scheda di iscrizione debitamente compilata, alla segreteria Kassiopea, 070 656263 – e-mail paolapalmas@kassiopeagroup.com

¹ La professione esercitata deve essere riferita ad una delle professioni per le quali è obbligatoria l'ECM. L'elenco completo è nel foglio "Professioni e discipline".

² La disciplina va indicata solo nel caso di medici, veterinari, farmacisti, biologi, chimici e fisici ed è relativa alla disciplina in cui il professionista opera. L'elenco completo delle discipline è nel foglio "Professioni e discipline".