



2° Convegno di Neonatologia e Pediatria del Nord Sardegna

Presidente Roberto Antonucci

Alghero (SS) – 6- 7 ottobre 2017

Sala Conferenze Quarté Sayà

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax al numero 070 656263 entro il 20 settembre 2017 alla Segreteria Organizzativa accompagnate dalla contabile del bonifico

KASSIOPEA GROUP srl - Via Stamira 10, 09134 Cagliari: gianlucasotgiu@kassiopeagroup.com

QUOTA ISCRIZIONE MEDICI € 70,00 + IVA 22% (€ 86,00)

QUOTA ISCRIZIONE INFERMIERI, OSTETRICA/O , SPECIALIZZANDI € 40,00 + IVA 22%(€ 49,00)

La quota di iscrizione da diritto a: Attestato di partecipazione e ECM, Colazione di Lavoro, Coffe break, Lavori scientifici e Kit congressuali

Medico-Chirurgo:

Malattie Metaboliche e Diabetologia Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza

Neonatologia Neuropsichiatria Infantile Pediatria Chirurgia Pediatrica Ginecologia e Ostetricia Anestesia e Rianimazione Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)

Infermieri Infermieri Pediatrico Ostetrica/o

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Luogo e data di nascita _____

Professione _____

Tel. _____ Cell. _____

Istituto, Ospedale, Università, Azienda, Ente _____

Reparto, Dipartimento, Clinica, U.O., Divisione _____

Indirizzo Domiciliare

Via _____ N° _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

Tel. _____ Fax _____

E-Mail _____

Tutti i campi sono obbligatori al fine della spedizione della conferma della registrazione

D.Lgs. 196/2003 (Legge sulla Privacy)

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 in merito al trattamento dei dati personali riportati sulla presente scheda di iscrizione al Congresso, informiamo i partecipanti circa la necessità di destinare tali dati a terzi (agenzia di spedizione e di organizzazione congressuale di nostro riferimento, azienda, associazioni o altri soggetti che collaborano per l'organizzazione di questo evento congressuale). Il mancato consenso del trattamento dei dati personali compromette tale adempimento. Il firmatario autorizza Kassiopea Group, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 196/2003 al trattamento dei dati indicati. In particolare con la sottoscrizione del presente modulo si dà atto di avere esattamente soppesato i contenuti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e in particolare delle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati e quant'altro previsto dalla norma richiamata.

DATA _____

FIRMA _____