

Sala convegni Parco del Molentargius
Cagliari, 10 maggio 2019

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona.

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il 05 maggio 2019 alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via Stamira, 10 – 09134 Cagliari, al numero di fax 070 656263 – e-mail ecm@kassiopeagroup.com

Ruolo: Partecipante Docente Tutor Relatore

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Luogo e data di nascita _____

Professione¹ _____ Disciplina² _____

Tel _____ Cell. _____ e-mail _____

INDIRIZZO LAVORO

Via _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Istituto Ospedale Università Azienda Ente

Reparto Dipartimento Clinica U.O. Divisione

INDIRIZZO DI RESIDENZA

Via _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax* _____ e-mail* _____

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

FATTURAZIONE*

Intestazione della fattura Nome _____ Cognome _____

Oppure Ragione Sociale _____

*Indirizzo fiscale Via/P.zza _____ n° _____ Città _____ CAP _____ PV _____

*Codice Fiscale _____

*Partita IVA (obbligatoria se esistente) _____

PER FATTURA ELETTRONICA

*Codice Destinatario (Se in possesso) _____

Specificare regime IVA: Forfettario/minimi Regime ordinario

Il pagamento viene effettuato con:

Bonifico Bancario intestato a Kassiopea Group -

IBAN IT34L010054410000000003355

specificando il nome del partecipante e indicando nella causale "Quota iscrizione corso Psicogeriatra (si allega copia dell'ordine di bonifico)

Le spese bancarie e postali sono a carico del partecipante

QUOTA DI ISCRIZIONE

Partecipante in regola con quota associativa AIP GRATUITO

Partecipante dipendente gruppo Korian GRATUITO

Partecipante non incluso nella categorie sopra riportate € 25,00

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".

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 29/04/2019

Data	Firma
------	-------

Informativa sulla Privacy

La informiamo che, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 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 al Regolamento UE 679/2016 e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettificazione, 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 al Regolamento UE 679/2016 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 _____