

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona. Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il 20 settembre 2019 alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via San Tommaso d'Aquino, 20 - 09134 Cagliari, al numero di fax 070 656263 - e-mail [ecm@kassiopeagroup.com](mailto:ecm@kassiopeagroup.com)

INVIARE LA SCHEDA DI ISCRIZIONE ALLEGANDO COPIA DEL BONIFICO BANCARIO EFFETTUATO

Ruolo:  Partecipante  Docente  Tutor  Relatore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Professione<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Disciplina<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
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

### Si iscrive al corso "Comunicare in Sanità"

	Early Bird (fino al 20/09)	Dopo il 20.09	Dopo il 29.09
Partecipante - Medico Chirurgo	<input type="checkbox"/> € 85,00 + iva	<input type="checkbox"/> € 170,00 + iva	<input type="checkbox"/> € 200,00 + iva
Partecipante - Altre categorie	<input type="checkbox"/> € 75,00 + iva	<input type="checkbox"/> € 150,00 + iva	<input type="checkbox"/> € 180,00 + iva

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 "Comunicare in Sanità"**" (si allega copia dell'ordine di bonifico). Le spese bancarie e postali sono a carico del partecipante.

**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 20/09/2019.**

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 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 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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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".

<sup>2</sup> 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".