

### SCHEMA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona. Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax 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.

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.
<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 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 Level 2”			
	Early Bird (fino al 15/03)	Dopo il 15/03	Dopo il 10/04
Partecipante – Medico Chirurgo	<input type="checkbox"/> € 150,00 iva inclusa	<input type="checkbox"/> € 170,00 iva inclusa	<input type="checkbox"/> € 190,00 iva inclusa
Partecipante – Altre categorie	<input type="checkbox"/> € 110,00 iva inclusa	<input type="checkbox"/> € 130,00 iva inclusa	<input type="checkbox"/> € 150,00 iva inclusa

Il pagamento viene effettuato con:  
 Bonifico Bancario intestato a **Kassiopea Group** - IBAN IT34L0100544100000000003355  
 specificando il nome del partecipante e indicando nella causale “Quota iscrizione corso “Comunicare in Sanità-level 2” (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 25/03/2020.

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 \_\_\_\_\_

<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”.