



III

Giornate di Chirurgia Ginecologica Laparoscopica

Live Surgery

Congresso Regionale **GEGI**

Presidente
Giuseppe Santeufemia

Presidenti Onorari
Pierluigi Cherchi - Salvatore Dessole
Gianfranco Marongiu - Gian Benedetto Melis
Gianni Monni - Anna Maria Paoletti

CARBONIA LU' HOTEL 04-05 OTTOBRE 2013



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSENDA ILENIT 7 CARBONIA
PRESIDIO COORDINATARIO S. BARBARA - IRESIAS
UNITA' OPERATIVA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Direttore Dott. Giuseppe Santeufemia

Sala Operativa Ginecologica Ospedale S. Barbara

Photo Luca Ma

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona.

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il 15 settembre 2013 alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via Mameli 65 - 09124 Cagliari, al numero di fax 070 656263 e-mail barbarapanico@kassiopeagroup.com

Medici Chirurghi: Ginecologia e Ostetricia Chirurgia Generali Medico di Famiglia (Medicina Generale)

Infermieri Ostetrica/o

Cognome _____ Nome _____

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

Luogo e data di nascita _____

Professione _____ Disciplina _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail* _____

Istituto, Ospedale, Università, Azienda, Ente _____

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

Indirizzo Domiciliare

Via _____ N° _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Quote d'iscrizione

Corso gratuito per i primi 30 iscritti della categoria Infermieri ed Ostetriche della ASL 7 e per gli specializzandi.

Medici Chirurghi: € 150,00 iva esclusa

Infermieri ed Ostetriche: € 50,00 iva esclusa

Il pagamento delle quote d'iscrizione va effettuato entro il 15 settembre 2013 con:

Bonifico Bancario intestato a: **Kassiopea Group srl - c/o BANCO DI SARDEGNA**
CODICE IBAN: IT 60 L 01015 0481200000012260 - CODICE SWIFT: SARDIT 3SXXX

specificando il nome del partecipante e indicando nella causale il "titolo dell'evento"
(si allega copia dell'ordine di bonifico)

*FATTURAZIONE

Intestazione della fattura _____

*Indirizzo fiscale Via _____ N° _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

*C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| *P. IVA (obbligatoria se esistente) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

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 trattati 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 G. Mameli, 65 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 _____