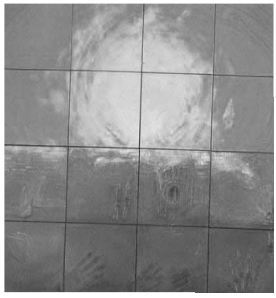

Conoscere le MICI:
ottimizzazione e personalizzazione della gestione clinica

Hotel Holiday INN - Cagliari
7 febbraio 2015

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax al numero 070 656263 o via email entro il 30 GENNAIO alla

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

Medico-Chirurgo:

☐Gastroenterologia ☐ Medicina Interna ☐ Medicina Generale (Medici di Famiglia) ☐ Pediatria
☐ Chirurgia Generale ☐ Radiodiagnostica

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 dat 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 oaltri soggetti che collaborano per l'organizzazione d 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 da 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_____