la malattia psoriasica e le artirti croniche dalla clinica alla farmacia

Cagliari 10 maggio
Hotel Holiday INN

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona.
Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il 24 aprile 2014 alla Segreteria Organizzativa Kassiopea group srl, via stamira 10 – 09134 cagliari, al numero di fax 070 656263 e-mail antonellamurru@kassiopeagroup.com

Cognome_____Nome_____

Codice fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo e data di nascita_____

Tel._____ Cell._____ e-mail* _____

Barrare la casella corrispondente
❑ Medico Chirurgo ❑ Farmacista Ospedaliero ❑ Farmacista Territoriale

Discipline (solo per i Medici-Chirurghi):
❑ Dermatologia e Venerologia; ❑ Medicina Interna; ❑ Reumatologia; ❑ Medicina Generale (Medici di famiglia)

Ruolo Partecipante ❑ Docente ❑ Tutor ❑ Relatore ❑ Moderatore ❑

Indirizzo lavoro

Via_____ N°_____

Città_____ Cap _____ Prov_____

Istituto ❑ Ospedale ❑ Università ❑ Azienda ❑ Ente ❑

Reparto ❑ Dipartimento ❑ Clinica ❑ U.O. ❑ Divisione ❑

Indirizzo Domiciliare

Via_____ N°_____

Città_____ Cap _____ Prov_____

Tel._____ Fax*._____ e-mail* _____

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

Data_____Firma_____

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 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 all'articolo 7 e ss. del D.Lgs 196/2003 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, 10-09134 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_____