Belvedere
POLIAMBULATORIO SRL

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Breath Day

Le OSAS nell'adulto: come riconoscerle, diagnosticarle e curarle.

Utilizzare la presente scheda per persona. Si prega di compilare in STAMPATELLO ed inviare entro il 10 febbraio 2020 alla Segreteria Organizzativa: Kassiopea Group Srl, via San Tommaso d'Aquino, 20 – 09134 Cagliari, via e-mail ecm@kassiopeagroup.com o via fax 070 656263

Professione: ☐ Medico Chirurgo ☐ Odontoiatri

Disciplina per Medico Chirurgo: _____

Cognome Nome

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo e data di nascita

e-mail

Tel Cell.

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.

Quota di partecipazione: 250,00 euro 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 Breath Day"** (si allega copia dell'ordine di bonifico). Le spese bancarie e postali sono a carico del partecipante.

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 San Tommaso d'Aquino 20 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_____