SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente schede per persona. Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il *10 ottobre 2019* alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, Via San Tommaso d'Aquino – 09134 Cagliari, al numero di fax 070 656263 – e-mail ecm@kassiopeagroup.com

INVIARE LA SCHEDA DI ISCRIZIONE ALLEGANDO COPIA DEL BONIFICO BANCARIO EFFETTUATO

Ruolo: ☐ Partecipante ☐ Docente ☐ Tutor ☐ Relatore

Cognome Nome

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

Luogo e data di nascita

Professione[1] Disciplina[2]

Tel Cell. e-mail

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.

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

Quota iscrizione corso "Diagnostica differenziale e trattamento della dispnea acuta in Pronto Soccorso"		
	EARLY BIRD (fino al 30/09)	**TARIFFA PIENA**
Partecipante – Medico Chirurgo	☐ **€ 60,00 iva inclusa**	☐ **€ 110,00 iva inclusa**
Partecipante – Infermiere	☐ **€ 50,00 iva inclusa**	☐ **€ 90,00 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 NIV"** (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 01/10/2019

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 VVia San Tommaso d'Aquino 20a 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_____

[1] 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".

[2] 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".