LE EMERGENZE ENDOCRINO-METABOLICHE – II edizione
Lazzaretto Sant'Elia, Cagliari
21 settembre 2013

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona.
Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il ***10 settembre 2013*** alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via G. Mameli 65 – 09124 Cagliari, al numero di **fax 070 656263** – **e-mail domizianamessina@kassiopeagroup.com**

Professione: ☐**MEDICO** ☐**INFERMIERE** ☐**SPECIALIZZANDO**

Discipline accreditate (solo per i Medici):
☐Malattie Metaboliche e Diabetologia ☐Geriatria ☐Endocrinologia
☐Medicina Interna ☐Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza ☐Anestesia e Rianimazione

Cognome Nome

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Luogo e data di nascita
Professione Disciplina
Tel. Cell.
INDIRIZZO LAVORO
Istituto Reparto
Via n°
Città CAP Prov.
INDIRIZZO DOMICILIARE
Via n°
Città CAP Prov.
e-mail

QUOTE DI ISCRIZIONE

MEDICO	❑ € 40,00 IVA inclusa
INFERMIERE	❑ € 20,00 IVA inclusa
SPECIALIZZANDO	❑ € 10,00 IVA inclusa

MODALITA' DI PAGAMENTO E FATTURAZIONE

Pagamento totale di € _____

Il pagamento viene effettuato con:
- ❑ Allegato assegno circolare o bancario NON TRASFERIBILE intestato a Kassiopea Group S.r.l. e inviato a:
  Kassiopea Group Srl – Via G. Mameli 65 – 09124 Cagliari
- ❑ Bonifico Bancario intestato a: Kassiopea Group S.r.l.
  Banco di Sardegna - Agenzia 12 Cagliari IBAN IT60L0101504812000000012260 specificando il nome del partecipante e indicando nella causale **"CONGRESSO EMERGENZE METABOLICHE – II EDIZIONE"**
  (si allega copia dell'ordine di bonifico)
  N.B. Le spese bancarie e postali sono a carico del partecipante

FATTURAZIONE **(N.B. -** La mancata comunicazione dei dati necessari per la fatturazione comporterà l'impossibilità di procedere alla registrazione)	
Intestazione della fattura	
Indirizzo fiscale **Via/P.zza**_____ **n°**_____ **Città**_____**CAP**_____**PV**_____	
Codice Fiscale	
Partita IVA (obbligatoria se esistente)	
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 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_____