



CORSO ECM: UTILIZZO DELLA VENTILAZIONE NON INVASIVA IN EMERGENZA: dalla teoria alla pratica

22 NOVEMBRE 2018

Centro Adveniam - Palazzina Valetudo

IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico - Via Pace, 9 - 20122 Milano

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente schede per persona.

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il *18 novembre 2018* alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via Stamira, 10 – 09134 Cagliari, al numero di fax **070 656263** – e-mail ecm@kassiopeagroup.com

Ruolo: Partecipante Docente Tutor Relatore

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Luogo e data di nascita _____

Professione¹ _____

Disciplina² _____

Tel _____

Cell. _____

e-mail _____

INDIRIZZO LAVORO

Via _____

Città _____

CAP _____

Prov. _____

Ente/Reparto/ Istituto _____

INDIRIZZO DOMICILIARE

Via _____

Città _____

CAP _____

Prov. _____

Tel. _____

Fax* _____

e-mail* _____

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

Versa per iscrizione al Congresso € 80,00 IVA inclusa entro il 18 novembre 2018 tramite :

- assegno bancario non trasferibile intestato: a Kassiopea Group srl.

- bonifico bancario intestato a Kassiopea Group srl ; dati bancari: BNL - IT 34 L 01005 44100 0000 0000 3355

(causale: Cognome Nome; Iscrizione "UTILIZZO DELLA VENTILAZIONE NON INVASIVA IN EMERGENZA: dalla teoria alla pratica" – allegare fotocopia del bonifico)

N.B. Non saranno accettati bonifici gravati da spese bancarie che devono essere totalmente a carico dell'ordinante.

Si prega osservare che, qualora il presente riquadro non fosse compilato, la fattura sarà intestata al partecipante

Dati per la fatturazione (obbligatori)

Intestazione fattura (Nome e Cognome/Ente) _____

Indirizzo Fiscale/Sede legale: Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____

Partita Iva (obbligatoria se esistente) _____

Data _____	Firma _____
------------	-------------

Consenso

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui al Regolamento UE 679/2016 ed esprime il suo consenso al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa.

Data _____

Firma _____