

Comunicare in Sanità: (Level 1):

Migliorare le relazioni per migliorare le cure

6-7 marzo 2020

CAGLIARI
Sala Kassiopea

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona. Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via San Tommaso d'Aquino, 20 – 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 _____

Professione¹ _____ Disciplina² _____

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

Si iscrive al corso “Comunicare in Sanità”

| | Early Bird (fino al 12/02) | Dopo il 12.02 | Dopo il 24.02 |
|--------------------------------|---|---|---|
| Partecipante – Medico Chirurgo | <input type="checkbox"/> € 110,00 iva inclusa | <input type="checkbox"/> € 140,00 iva inclusa | <input type="checkbox"/> € 160,00 iva inclusa |
| Partecipante – Altre categorie | <input type="checkbox"/> € 90,00 iva inclusa | <input type="checkbox"/> € 110,00 iva inclusa | <input type="checkbox"/> € 120,00 iva inclusa |

Il pagamento viene effettuato con:

Bonifico Bancario intestato a **Kassiopea Group** - IBAN IT34L010054410000000003355

specificando il nome del partecipante e indicando nella causale “**Quota iscrizione corso “Comunicare in Sanità”**” (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 15/02/2020.

| | |
|------------|-------------|
| 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 rettifica, 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 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 _____

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”.