



SCHEDA DI ISCRIZIONE
Utilizzare la presente scheda per persona. Si prega di compilare in stampatello e inviare via fax alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via Mameli 65, 09124 Cagliari, al numero di fax 070 656263 gianlucasotgiu@kassiopeagroup.com

Interazioni Cuore e Polmoni
28 -29 settembre Piazza Unione Sarda - Cagliari

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Luogo di nascita

Data di nascita

Segnare con una croce la disciplina di riferimento

Malattia dell'apparato respiratorio **Cardiologia**

Medicina Interna **Anatomia patologica** **Pediatria**

Chirurgia Toracica **Geriatrics** **Medicina dello Sport**

Farmacologia e tossicologia clinica **Radiologia**

Reumatologia **Allergologia**

Tel

Cell.

e-mail

Istituto, Ospedale, Università, Azienda, Ente

DISCIPLINA (solo per i medici chirurghi)

INDIRIZZO DOMICILIARE

Via		
Città	CAP	Prov.
Tel	Fax*	
e-mail*		

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

D. Lgs. 196/2003 (Legge sulla Privacy)

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 in merito al trattamento dei dati personali riportati sulla presente scheda, informiamo i partecipanti circa la necessità di destinare tali dati a terzi (agenzia di spedizione e di organizzazione congressuale di nostro riferimento, aziende, associazioni o altri soggetti che collaborano per l'organizzazione di questo evento congressuale). Il mancato consenso del trattamento dei dati personali compromette tale adempimento. Il firmatario autorizza Kassiopea Group, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 196/2003 al trattamento dei dati indicati. In particolare con la sottoscrizione del presente modulo si dà atto di avere esattamente soppesato i contenuti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e in particolare delle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati e quant'altro previsto dalla norma richiamata.

Data	Firma
------	-------