**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Utilizzare la presente schede per persona.

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax o via e.mail entro il 30 giugno 2018

Kassiopea Group Srl, via Stamira, 10 – 09134 Cagliari al numero di fax 070 656263 – e-mail [antonellamurru@kassiopeagroup.com](mailto:antonellamurru@kassiopeagroup.com)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | | | | Nome | |
| Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Professione[[1]](#footnote-1) | | | | Disciplina[[2]](#footnote-2) | |
| Tel | Cell. | | e-mail | | |
| INDIRIZZO LAVORO | | | | | |
| Via | | | | | |
| Città | | CAP | | | Prov. |
| Istituto Ospedale Università Azienda Ente | | | | | |
| Reparto Dipartimento Clinica U.O. Divisione | | | | | |
| INDIRIZZO DOMICILIARE | | | | | |
| Via | | | | | |
| Città | | CAP | | | Prov. |
| Tel. | Fax\* | | e-mail\* | | |

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

CANCELLATION POLICY: La quota di iscrizione potrà essere rimborsata solo nel caso che la disdetta venga comunicata alla Segreteria Organizzativa [antonellamurru@kassiopeagroup.com](mailto:antonellamurru@kassiopeagroup.com) entro e non oltre il 20 giugno 2018

**QUOTA D’ISCRIZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Entro il 15 giugno 2018**   * **Medico Chirurgo** * **Ostetrica**   **Dopo il 15 giugno 2018**   * **Medico Chirurgo** * **Ostetrica** | **€ 350,00 (Iva inclusa 22%)**  **€ 150,00 (Iva inclusa 22%)**    **€ 450,00 (Iva inclusa 22%)**  **€ 200,00 (Iva inclusa 22%)** |

**MODALITA’ DI PAGAMENTO E FATTURAZIONE**

Il pagamento può essere effettuato tramite bonifico bancario sul c/c intestato a:

Kassiopea Group S.r.l. **Banca Nazionale del Lavoro, Agenzia di Selargius- Via Peretti**

**IT 34 L 01005 44100 0000 0000 3355**

specificando il nome-cognome del partecipante e indicando nella causale **“Quota partecipazione Pre- Corso 11 Luglio 2018”** (si allega copia dell’ordine di bonifico)

**Le spese bancarie e postali sono a carico del partecipante**

|  |
| --- |
| **FATTURA** |
| **Intestazione della fattura**  \*Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \*Indirizzo fiscale Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_PV\_\_\_\_\_\_\_ |
| \*Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \*Partita IVA (obbligatoria se esistente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\*La mancata comunicazione dei dati necessari per la fatturazione comporterà l’impossibilità di procedere alla Registrazione.

|  |  |
| --- | --- |
| 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 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”. [↑](#footnote-ref-1)
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”. [↑](#footnote-ref-2)