**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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 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)