

SCHEDA DI ISCRIZIONE

IL RADIOLOGO IN TRINCEA: L'ADDOME ACUTO GASTRO-ENTERO-COLICO 26 Maggio 2017

(Ai fini dell'accreditamento ECM, è indispensabile che la Scheda sia compilata in ogni sua parte in modo leggibile)

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Professione _____ Specialista in _____

Ente _____

Dipart./Divisione _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Provincia _____

Telefono _____ Fax _____

Indirizzo privato _____

Cap _____ Città _____ Provincia _____

Telefono _____ Fax _____

Cellulare _____ e-mail _____

QUOTE DI ISCRIZIONE:

50,00 € (compresa iva) Soci SIRM

100,00 € (compresa iva) Non-Soci SIRM

N.B. Le iscrizioni verranno accolte in ordine cronologico. In caso di non accettazione per esubero, la nostra segreteria avviserà tempestivamente gli iscritti.

IL PAGAMENTO DEVE ESSERE EFFETTUATO TRAMITE:

• Bonifico bancario a favore di **Koinè eventi snc**

Conco corrente: UBI – Banco di Brescia F.le n. 27 - Via Ambaraga n. 126 (BS)

c/c 19000 - CIN: E - ABI 03111 - CAB 11290 - BIC/SWIFT: BLOPIT22 IBAN: IT44E031111129000000019000

(Si prega di inviare via fax, allegando alla scheda copia della contabile del bonifico)

N.B. - La fatturazione dell'iscrizione a Ente pubblico o privato dovrà essere autorizzata per iscritto dallo stesso. L'autorizzazione, su carta intestata, dovrà essere allegata alla scheda dovrà includere i dati anagrafico-fiscali (ragione sociale, indirizzo, P. IVA) dell'Ente.

PRIVACY - Informativa ex art. 13 D.lgs 196/2003

Ai sensi del D.lgs 196/2003, le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei convegni e la formazione di elenchi e mailing list. I dati potranno essere utilizzati per la creazione di archivi cartacei o informatici ai fini dell'invio, via e-mail, fax o posta, di proposte per futuri corsi o convegni. Lei potrà accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento presso Koinè eventi snc.

Data _____ Firma _____

Si prega di inviare a:

KOINÉ EVENTI snc

Via Fontane, 24 - 25133 Brescia - Tel.: 030/2002844 - Fax: 030/2096783

info@koineeventi.com - www.koineeventi.com