

Scheda di iscrizione ECM

Demenze Degenerative e Parkinson: Aspetti Neurofisiopatologici, Cognitivi, Psicologici e Riabilitativi

Trieste 26 e 27 marzo 2010

DATI IDENTIFICATIVI:	
Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	
Data e Luogo di Nascita	
RESIDENZA:	
Indirizzo	
CAP	
Città	
Provincia	
DOMICILIO (se diverso dalla residenza):	
Indirizzo	
CAP	
Città	
Provincia	
DATI PROFESSIONALI:	
Professione ECM	
Disciplina ECM	
Qualifica in Azienda c/o Azienda / Ente	
RECAPITI:	
Telefono fisso - casa	
Telefono fisso - lavoro	
Numero cellulare	
Indirizzo e-mail	

Riportare qui di seguito i dati per la fatturazione nel caso la fattura vada intestata al proprio Ente/Azienda di appartenenza; si prega inoltre di evidenziare se l'Ente intestatario gode di Esenzione IVA.

DATI PER LA FATTURAZIONE	
Ente/Azienda	
Indirizzo	
CAP	
Città	
Provincia	
Codice fiscale/P.IVA	
Recapito telefonico	
Recapito email	
Esenzione IVA (indicare riferimenti di legge)	

Nel rispetto della normativa sulla privacy, il suo nominativo sarà trasmesso alla Commissione Regionale per l'Educazione Continua come da espressa richiesta per l'accreditamento dell'evento.

Esprimo il mio consenso relativo al trattamento dei dati personali secondo il dettaglio degli art.11,20,22,28 della L 675/96 relativamente a vostre future informazioni di carattere istituzionale e formativo.

Data

Firma

Si prega di compilare la presente scheda in ogni sua parte e di spedirla via fax. Le schede non compilate o compilate parzialmente non usufruiranno dei crediti formativi.