

**“I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE TRA NOVITA’ NOSOGRAFICHE
E TRADIZIONE CLINICA”**

SCHEDA DI ISCRIZIONE

DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____

CodiceFiscale _____

Indirizzo residenza _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Tel. _____ Fax. _____ e-mail _____

FATTURA: SI NO

Se i dati di fatturazione sono diversi dai dati personali si prega di comunicarli in fase di iscrizione.

DATI PROFESSIONALI

Titolo di studio _____

Qualifica _____ Specializzazione _____

Azienda/Ente di appartenenza _____

Posizione _____

Indirizzo _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

**PRIMA DI EFFETTARE IL VERSAMENTO OCCORRE CONTATTARE LA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA AL N. 0332 920275 E
CHIEDERE SE CI SONO ANCORA POSTI DISPONIBILI CON I CREDITI.**

L'iscrizione deve essere effettuata inviando la scheda compilata e la ricevuta del versamento effettuato,
ENTRO E NON OLTRE il 03/05/2013, al n. di fax 0332 920290 o all'indirizzo mail: info@villamiralago.it

IBAN per versamento quota iscrizione: **IT 56 D 02008 15105 000400807736**

Quota: **60 euro con ECM; 25 euro senza ECM**

Data _____ Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente per i fini legati allo svolgimento del corso di cui alla presente richiesta. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dell'articolo 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. La informiamo che il titolare del trattamento è EUROFORM ATRIPALDA s.r.l.

La firma di autorizzazione al trattamento dei dati è obbligatoria ai fini del completamento dell'iscrizione

Data _____

Firma _____