

SCHEDA DI ISCRIZIONE

I seguenti dati saranno anche utilizzati ai fini della certificazione E.C.M. (Educazione Continua in Medicina)

Cognome		
Nome		
Data di nascita	Luogo di nascita	
Codice fiscale		
Indirizzo di residenza		
Cap	Città	Prov.
Telefono	Cellulare	
Email		
Invitato dallo Sponsor		
☐ MEDICO ☐ SPECIALIZZANDO ☐ STUDENTE		
Disciplina		
Ente di appartenenza		
☐ LIBERO PROFESSIONISTA ☐ DIPENDENTE ☐ CONVENZIONATO ☐ PRIVO DI OCCUPAZIONE		

Quota Iscrizione

- | | |
|---|----------------------|
| ☐ Soci GAO (in regola con la quota associativa di € 50,00) | gratuita |
| ☐ Non Soci GAO | € 100,00 Iva inclusa |
| ☐ Studenti/Specializzandi | gratuita |

Modalità di Pagamento

- ☐ Bonifico bancario di € _____, al netto delle spese, a favore di ELLE CENTER S.r.l. presso Banca Popolare Pugliese – Filiale di Via Matarrese – Bari
IBAN IT 75 A 05262 04001 CC0860005178 (allegare alla scheda copia dell'avvenuto pagamento)
- ☐ PayPal

Dati Fatturazione

Ragione Sociale		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
P.Iva/Codice Fiscale		

Ai sensi del Regolamento 2016/679/EU (GDPR), La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra Società, solo per l'invio di materiale amministrativo, commerciale e promozionale derivante dalla ns. attività. La informiamo, inoltre, che ai sensi degli artt. 12,13,15,17,18,20,21 Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge. Titolare del trattamento è ELLE CENTER S.r.l.

Data	Firma
------	-------