

SCHEDA DI ISCRIZIONE

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

Cognome e Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Codice fiscale

Indirizzo di residenza

Cap

Città

Prov.

Telefono

Cellulare

Email

Invitato dallo Sponsor

☐ MEDICO SPECIALISTA

☐ SPECIALIZZANDO

Disciplina

Ente di appartenenza

☐ LIBERO PROFESSIONISTA

☐ DIPENDENTE

☐ CONVENZIONATO

☐ PRIVO DI OCCUPAZIONE

Quote di iscrizione

☐ € 1220,00 Iva inclusa

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

Codice univoco

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