



64° Master di Citologia N a s a l e

Pilzone d'Iseo (BS)
10-11-12 giugno 2019
Araba Fenice Hotel

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 _____

Fax _____

Cellulare _____

Email _____

Invitato dallo Sponsor _____

☐ MEDICO SPECIALISTA

☐ SPECIALIZZANDO

☐ BIOLOGO

Disciplina _____

Ente di appartenenza _____

☐ LIBERO PROFESSIONISTA ☐ DIPENDENTE ☐ CONVENZIONATO ☐ PRIVO DI OCCUPAZIONE

QUOTA DI ISCRIZIONE

☐ € 1220,00 Iva inclusa

MODALITÀ DI PAGAMENTO

☐ bonifico bancario di € _____, al netto delle spese, a favore di ELLE CENTERS S.r.l. presso Banca Popolare Pugliese – Filiale di Via Matarrese – Bari · IBAN IT 75 A 05262 04001 CC0860005178 · Bic - Code BPPUIT33 (allegare alla scheda copia dell'avvenuto pagamento)

DATI FATTURAZIONE

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

Cap _____

Città _____

Prov. _____

Codice univoco _____

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 _____

Da trasmettere a Elle Center Srl al numero fax 0805041645 o inviare in busta chiusa a Elle Center Srl – Via Camillo Rosalba 47/J – 70124 Bari