

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.

Tel.

Cellulare

Email

Invitato dallo Sponsor

- ☐ MEDICO ☐ SPECIALIZZANDO ☐ STUDENTE
☐ AUDIOPROTESISTA ☐ AUDIOMETRISTA ☐ LOGOPEDISTA
☐ ODONTOIATRA ☐ INFERMIERE ☐ DIETISTA

Disciplina

Ente di appartenenza

- ☐ LIBERO PROFESSIONISTA ☐ DIPENDENTE ☐ CONVENZIONATO ☐ PRIVO DI OCCUPAZIONE

Quota iscrizione
Medici Chirurghi

- ☐ Soci GAO
(in regola con la quota associativa di € 50,00) gratuita
☐ Non Soci GAO € 100,00 Iva inclusa
☐ Soci GOS (Soci SIOeChCF under 40) € 50,00 Iva inclusa
☐ Studenti/Specializzandi gratuita

Quota iscrizione Tecnici
Audioprotesisti, Audiometristi, Logopedisti

- ☐ Soci GAO
(in regola con la quota associativa di € 25,00) gratuita
☐ Non Soci GAO € 50,00 Iva inclusa
☐ Studenti gratuita

Quota iscrizione

- Odontoiatri** € 50,00 Iva inclusa
Infermieri € 25,00 Iva inclusa
Dietisti € 25,00 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)

Dati Fatturazione

Ragione Sociale

Codice Univoco

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 e 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