

SCHEDA DI ISCRIZIONE

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

Cognome e NomeData di nascitaLuogo di nascitaCodice fiscaleIndirizzo di residenzaCapCittàProv.Tel.CellulareEmailInvitato dallo Sponsor

- ☐ MEDICO SPECIALISTA ☐ MEDICO SPECIALIZZANDO ☐ FARMACISTA ☐ STUDENTE
☐ ODONTOIATRA ☐ AUDIOPROTESISTA ☐ AUDIOMETRISTA ☐ LOGOPEDISTA ☐ INFERMIERE

DisciplinaEnte di appartenenza

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

Quota iscrizione☐ **Medici**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

Odontoiatri € 50,00 Iva inclusa

Studenti e Specializzandi gratuita

☐ **Farmacisti**

€ 50,00 Iva inclusa

☐ **Tecnici Audioprotesisti, Tecnici Audiometristi, Logopedisti**Soci GAO (*in regola con la quota associativa di € 25,00*) gratuita

Non Soci GAO € 50,00 Iva inclusa

Studenti gratuita

☐ **Infermieri**

€ 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 FatturazioneRagione SocialeCodice UnivocoIndirizzoCapCittàProv.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.

DataFirma