

Corso ECM
ESTRAZIONE CHIRURGICA del TERZO MOLARE:
DIAGNOSI, INDICAZIONI e METODICHE CHIRURGICHE

11 settembre 2010

Studio Ambulatorio Odontoiatrico Nicolis, in via Antonio Gramsci, 20

SCHEDA DI ISCRIZIONE

* dati obbligatori ai fini dell'accREDITAMENTO ECM

Cognome* _____ **Nome*** _____

Nato a* _____ (**Prov.** _____) **il*** _____

Codice Fiscale* _____

Professione* (specificare): medico /specialista in _____
 odontoiatra

Iscritto all'ALBO* : dei **MEDICI**
 degli **ODONTOIATRI**

| recapito privato | fatturazione |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Indirizzo* | Ditta/Ente |
| Cap Città Prov. | Indirizzo |
| Cellulare* | Cap Città Prov. |
| Telefono* | Telefono |
| Fax | Fax |
| e- mail* | P.IVA |

n.b. : Se la fattura va intestata all'Università/Azienda Sanitaria o altro Ente, in caso di esenzione IVA, allegare richiesta/autorizzazione dell'Ente con estremi di legge per l'esenzione. Per motivi amministrativi non si possono effettuare cambi o sostituzione di fattura

QUOTA PARTECIPAZIONE

| | | |
|----------|---|--------------------------------------|
| 1 | ODONTOIATRI e MEDICI | € 300,00 (€ 250,00 + IVA 20%) |
| 2 | STUDENTI Corso di laurea in ODONTOIATRIA | € 240,00 (€ 200,00 + IVA 20%) |

**effettuare il versamento a favore di *progettoeventi srl* su conto corrente bancario
Codice IBAN IT 21 N 05387 20800 000030003374 indicando nella causale: nome e cognome
del partecipante, data del corso**

PRIVACY - Informativa ex art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati vengono trattati in relazione alle esigenze contrattuali e per l'adempimento degli obblighi legali, fiscali e contrattuali dalle stesse derivanti, nonché per consentire una più efficiente gestione dei rapporti.
 2. I dati verranno trattati in forma scritta e/o su supporto cartaceo, magnetico, elettronico o telematico, tramite strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza.
 3. Il conferimento dei dati stessi è obbligatorio per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali, fiscali o contrattuali e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli (in tutto o in parte) o al successivo trattamento potrà determinare l'impossibilità della scrivente a dar corso ai rapporti contrattuali medesimi.
 4. Ferme restando le comunicazioni e diffusioni eseguite in esecuzione di obblighi di legge e di contratto, i dati potranno inoltre essere comunicati per le finalità sopra indicate a soggetti, aziende e consulenti partner di progettoeventi S.r.l.
- Potrà accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 della legge (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento all'indirizzo in calce.

data

firma*

INVIARE LA SCHEDA DI ISCRIZIONE e COPIA BONIFICO via fax a:



progettoeventi srl
C.so Bettini, 58 - 38068 Rovereto (TN)
tel 0464 750077 - fax 0464 750087
email: info@progettoeventi.it
web: www.progettoeventi.it