

SEMINARI TEORICI PRATICI: LE TERAPIE INTEGRATE NELLE PATOLOGIE ACUTE

26/11/2011 - 14/01/2012

10/03/2012 - 05/05/2012

Aula Conferenze Galeno
Via G. Murat, 78 - BARI

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a..... il.....

Residente a.....(Prov.....)

Via.....N°.....

CAP.....Tel.....

Cell.....

E - mail

C.F.

Libero professionista(titolare di farmacia o altro)

Dipendente (pubblico o privato)

Dati obbligatori per fatturazione azienda
(inserire nel riquadro il timbro con Ragione sociale,
indirizzo, p.IVA e C.F. se azienda individuale)

Quota di partecipazione corso: € 240,00

Soci AGIFAR e COOPERATIVA: € 200,00

Modalità di pagamento: Bonifico bancario

Cifop s.a.s. - Via S.Cuccia n.46 - 90144 Palermo

con causale: titolo del corso e nome partecipante

coordinate bancarie:

IT 90 R 01005 04602 000000001595

Inviare copia del bonifico e modulo iscrizione via

Fax alla segreteria organizzativa 0916269859

Disdetta partecipazione corso

L'eventuale disdetta, dopo l'iscrizione, dovrà essere comunicata all'Associazione, a mezzo fax, entro venti giorni antecedenti l'inizio del corso, per le disdette dal ventesimo giorno all'ottavo sarà applicata una penale del 50% dell'importo del corso, che verrà trattenuto dall'Associazione, per spese di segreteria e gestione, dal Settimo al giorno del corso sarà spiccata fattura come da accettazione del contratto, in quanto si è preclusa l'iscrizione di un altro partecipante.

Le quote versate potranno essere, a scelta del partecipante, restituite a mezzo bonifico trattenute le relative spese bancarie e/o utilizzate per l'iscrizione ad altre iniziative.

Resta inteso che nessun rimborso è previsto oltre il termine stabilito (Venti giorni) per l'eventuale disdetta o se per qualsiasi motivo non sarà ultimato o frequentato il predetto corso dal partecipante.

Rinvio e cancellazione corso

Data ____/____/____

**Per Accettazione
Letto Firmato e sottoscritto**

.....

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, La informiamo che i suoi dati sono conservati presso gli archivi del titolare del trattamento dati: **Associazione Biologi della Provincia di Palermo, I.go Montalto n°5 Palermo. Responsabile del trattamento dati: Il Presidente Dott.ssa Loredana Di Natale.**

I suoi dati saranno utilizzati dall'Associazione, da Enti e/o società esterne ad essa collegate, e dal Ministero della Salute per gli eventi Formativi inseriti nella Banca dati E.C.M. e Age.Na.S. tra cui la pubblicazione dei curricula dei docenti e dei responsabili scientifici (presenti all'interno del file del programma) nella Banca Dati del sito ECM, e Age.Na.S. accessibile a tutti gli utenti, e la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti". ed esclusivamente per fini istituzionali, amministrativi e promozionali.

Ai sensi dell'art 7 del citato D. Lgs., la S.V. ha diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, cancellare i suoi dati, nonché di esercitare tutti i diritti ivi previsti mediante comunicazione scritta a: Presidente Associazione Biologi della Provincia di Palermo, Via U. Giordano - Largo Montalto 5, Palermo.

Con la sottoscrizione della presente si dà il consenso espressamente a codesta Associazione, nonché a Enti e/o società esterne ad essa collegati, al trattamento dei miei dati personali per fini istituzionali, amministrativi e promozionali.

Data ____/____/____

Firma.....