

VII Corso Teorico Pratico : La settimana delle malattie rare in reumatologia – Pisa 22-25 maggio 2012

VIII Incontro dell'Associazione Alessandro Lupoli – Buti 26 maggio 2012

PISA/BUTI 22-26 maggio 2012

Da compilare e restituire firmata in tutte le sue parti
via fax 050 502299 o via email: meetings@clinexprheumatol.org

COGNOME _____ NOME _____

Indirizzo di residenza Via / Piazza _____ n° _____

Comune di _____ Cap _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____ Cellulare _____

Email _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Università/Ospedale* _____

Direttore* _____

Specializzando in* _____

*campi obbligatori per gli specializzandi

INTESTAZIONE FATTURA

Intestazione _____

Via _____ cap _____ Città _____ Prov _____

CF _____ P.IVA _____

ISCRIZIONE SETTIMANA MALATTIE RARE – Pisa 22-26 maggio 2012

VII Corso Teorico Pratico : La settimana delle malattie rare in reumatologia "Alessandro Lupoli" - Pisa 22-25/05/2012		
Specializzandi IV anno in reumatologia e immunologia clinica	<input type="checkbox"/>	€ 0,00
Medico Chirurgo (under 40)	<input type="checkbox"/>	€ 1.210 (€1.000 + € 210 IVA 21%) con sistemazione in camera doppia/tripla
	<input type="checkbox"/>	€ 1.452 (€ 1.200 + € 252 IVA 21%) con sistemazione in camera singola
Richiesta crediti ECM	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO
VIII Incontro Associazione Alessandro Lupoli – Buti 26/05/2012		
Richiesta iscrizione gratuita	<input type="checkbox"/>	€ 0,00
Richiesta crediti ECM	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO

MODALITA' DI PAGAMENTO

- BONIFICO BANCARIO** (spese bancarie a carico del partecipante) - intestazione conto : Clinical and Experimental Rheumatology , Banca Intesa, Corso Italia no.2,56125 Pisa.- IBAN IT46 E030 6914 0200 3126 3080 187 causale versamento: *malattie rare 2012* (specificare i cognomi/nomi delle persone iscritte)
- ASSEGNO BANCARIO** Intestato a Clinical and Experimental Rheumatology sas
- CARTA DI CREDITO** Visa Mastercard Eurocard American Express

Intestata a _____

Nr. Carta di credito _____ codice CVV2 _____

Data di scadenza _____

Privacy: informativa ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n° 196": tutti i dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, al fine di documentare la partecipazione a congressi, eventi, meeting, manifestazioni in genere organizzati da Clinical and Experimental Rheumatology sas e a trattamenti derivanti da obblighi di legge. Essi saranno comunicati a fornitori e soggetti diversi che concorrono o partecipano a vario titolo alla manifestazione, nonché alle competenti Autorità secondo le prescrizioni di Legge. Il conferimento dati, a tali fini, è obbligatorio ed essenziale per la partecipazione al Congresso o Manifestazione. Titolare dei dati è Clinical and Experimental Rheumatology sas - Via S.Maria 31, 56126 Pisa. A Lei competono tutti i diritti previsti dal Titolo II del D. Lgs 30/06/2003 n° 196. La firma apposta sulla "Scheda di Iscrizione" costituisce presa d'atto della presente Informativa e dei diritti di cui sopra e consente il trattamento dei dati personali e la loro comunicazione per le finalità sopra indicate.

Data Firma