

Clinical and Experimental
RHEUMATOLOGY
Via Santa Maria 31, 56126 Pisa, Italy

TITOLO EVENTO: THE THIRD CLINICAL CHALLENGE IN RHEUMATOLOGY – LE ARTRITE COMPLESSE: DISCUSSIONE DI CASI CLINICI DIFFICILI

SEDE E DATA DI SVOLGIMENTO: Pisa, AC HOTEL 25-27 SETTEMBRE 2014

RUOLO Partecipante Docente

ATTIVITA' Libero Professionista Dipendente Convenzionato
 Privo di occupazione

PROFESSIONE Medico Chirurgo Altro (indicare la Professione) _____
 Altre professioni non soggette a crediti _____

DATI PERSONALI

Si prega di compilare in stampatello

ATTENZIONE TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

Disciplina in cui il professionista opera _____

COGNOME _____ NOME _____

Indirizzo di residenza Via / Piazza _____ n° _____

Comune di _____ Cap _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____ Cellulare _____

Email _____

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

N° iscrizione all'Albo di appartenenza _____

Se RECLUTATO DALLO SPONSOR INDICARE DITTA SPONSOR _____

Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 acconsento all'acquisizione e trattamento dei miei dati personali per le finalità di gestione dell'evento formativo ECM e per la ricezione di future comunicazioni promozionali in merito all'attività formativa.

Luogo di svolgimento evento: _____ Data: _____ Firma _____

Clinical and Experimental
RHEUMATOLOGY
Via Santa Maria 31, 56126 Pisa, Italy

NOME E COGNOME PARTECIPANTE: _____ E-MAIL: _____

ISCRIZIONE

Quota di partecipazione	<input type="checkbox"/> € 500,00 (€500,00 + IVA 22%) comprende 2 pernottamenti in camera singola presso AC Hotel, Via delle Torri 20, Pisa – coffee break, lunch e cena del 25 e 26 settembre	
	<input type="checkbox"/> € 250,00 (€ 250,00 + IVA 22%) comprende coffee break e lunch	
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 CR Firenze, Corso Italia no. 2, 56125 Pisa.- IBAN IT 48 1061 6014 0000 3126 3080 187 causale versamento: *Third clinical challenge* (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 _____

INTESTAZIONE FATTURA

Intestazione _____

Via _____ cap _____ Città _____ Prov _____

CF _____ P.IVA _____

Privacy: informativa ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n° 196": tutti i dati personali fornitici 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