

18 Novembre 2017 – Aule A,B,C padiglione G Ospedale Bellaria, Via Altura 3 - BOLOGNA

Da compilare in TUTTE le sue parti, inviare via e-mail
entro il **15 Novembre 2017**
alla Segreteria Organizzativa EV.O. Srls Tel. +39 051538765 - iscrizionievosrl@gmail.com

Si precisa che il corso è accreditato ECM.

Il corso ha un numero massimo di 90 partecipanti

Cognome e Nome

Indirizzo di Residenza

Cap

Città

Prov.

Cell.

E-mail

Professione

Disciplina

QUOTA D'ISCRIZIONE:

- **36.00 € (IVA inclusa)** per i dipendenti AUSL di Bologna
- **30.00 €** per i dipendenti AUSL Bologna che abbiano l'esenzione dell'IVA (necessario presentare documento di esenzione)
- **42.00 € (IVA inclusa)** per chi non rientra nelle categorie precedenti

L'iscrizione dà diritto a: accesso ai lavori, kit congressuale, attestato di partecipazione, attestato ECM (inviato tramite e-mail) e partecipazione al coffee break e light lunch.

MODALITA' D'ISCRIZIONE:

Per iscriversi è necessario effettuare il pagamento della quota tramite **bonifico bancario**, l'iscrizione si ritiene valida se quando si invia la scheda si allega anche la ricevuta di bonifico contestualmente ci si può iscrivere entro e non oltre il **15 Novembre 2017**. È necessario, inoltre, compilare la scheda iscrizione in tutte le sue parti e trasmetterla ad EV.O. srls tramite e-mail all'indirizzo iscrizionievosrl@gmail.com

Bonifico Bancario: UNICREDIT BANCA Filiale Piazza Galvani 4, Bologna.

IBAN: IT95X0200802430000103306710 intestato a EV.O. Srls

Causale: Convegno 18 Novembre Ospedale Bellaria quota iscrizione NOME COGNOME iscritto

Ai sensi del D.lsg n. 196/03 si informa che i Suoi dati personali saranno trattati, con l'utilizzo anche di strumenti elettronici, per finalità connesse allo svolgimento dell'evento. Il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario, la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle prestazioni richieste. I Suoi dati saranno trattati da personale incaricato (addetti di amministrazione e segreteria), e potranno essere comunicati a soggetti ai quali la comunicazione risulti necessaria per legge, al Ministero della Salute ai fini ECM, a soggetti connessi allo svolgimento dei servizi relativi all'evento (es. hotel, agenzia di viaggio etc). Previo consenso, i suddetti dati potranno essere utilizzati anche per informarLa dei nostri futuri eventi. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lsg.196/2003 in particolare, il diritto di accedere ai Suoi dati personali, chiedere rettifica, aggiornamento e/o cancellazione, rivolgendo richiesta al responsabile per il riscontro Dott.ssa Angela Rizzi al numero 051 538765.

Consento al trattamento dei dati personali. Sì No

Consento all'invio anche tramite e-mail o fax di materiale informativo. Sì No

Data

Firma