



**Controllo di qualità e miglioramento nell'esercizio della diagnostica per bioimmagini: anno 2010**

**23/02 – 20/04 – 08/06 – 21/09 – 30/11 2010  
dalle ore 13.00 alle ore 19.00**

**Sala Riunioni, Euganea Medica, via Colombo 13, Albignasego (PD)**

**SCHEDA D'ISCRIZIONE**

Da compilare in stampatello e spedire via fax (allegando copia del bonifico) a:  
CYBERMEDICA via Zanchi, 89 – 35133 Padova **Fax 049 8650411**

COGNOME ..... NOME.....

INDIRIZZO (PRIVATO): VIA .....N. ....

C.A.P. .... CITTA' ..... PROV. ....

TEL. .... FAX .....

E-MAIL .....@.....

Codice Fiscale

P.IVA

Data e luogo di nascita .....

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE**

**MEDICO SPEC. IN RADIODIAGNOSTICA 600,00€ (500,00€ + IVA 20%)**

LIBERO PROFESSIONISTA  STRUTTURATO

ISTITUZ. DI APPARTENENZA .....

QUALIFICA REPARTO .....

Disciplina in cui il professionista opera .....

**L'ADESIONE COMPORTA L'ACCETTAZIONE INTEGRALE DELLE CONDIZIONI  
CONTRATTUALI ELENcate NEL DEPLIANT ILLUSTRATIVO**

DATA ..... FIRMA .....

**DATI FATTURA** (Da compilare obbligatoriamente se i dati per l'intestazione della fattura sono diversi da quelli personali)

RAGIONE SOCIALE .....

INDIRIZZO: VIA ..... N. ....

C.A.P. .... CITTA' ..... PROV. ....

TEL. .... FAX .....

E-MAIL .....@.....

Codice Fiscale

P.IVA

Timbro dell'ente esente da IVA

Richiesta di esenzione IVA (D.P.R. 633/72)

Iscrizione € ..... a mezzo

Bonifico Bancario intestato a Data Medica Padova Spa, Divisione  
CYBERMEDICA, presso Banca dell'Artigianato e dell'Industria  
**IBAN IT 77X03078121000000000510** (allegare copia)

**Assegno bancario/circolare intestato a DATAMEDICA PADOVA Spa** (allegare copia)

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

Informativa ex. Art. 13 del Codice Civile in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n.196Testo Unico delle norme in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali). Le informazioni e i dati comuni da Lei forniti per l'iscrizione al presente evento, saranno oggetto di trattamento nel rispetto delle disposizioni sopra menzionate e degli obblighi di riservatezza che ispirano l'attività di CyberMedica. Il trattamento dei dati sarà effettuato per: dare corso alla Sua iscrizione, invio di materiale informativo inerente l'organizzazione di attività da parte della nostra Società, gestione amministrativa ed extracontabile. L'approvazione al trattamento è opzionale, ma in caso di mancanza della medesima CyberMedica, non sarà in grado, di erogare tutti o alcuni dei servizi oggetto della presente registrazione. Si rimanda, per una più completa visione del DL 196/2003 e del contenuto degli artt. 13 e 7 oltre al fine della nostra raccolta all'indirizzo **www.cybermedica.it**

Presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per i fini qui indicati.

Non presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, fatta eccezione l'iscrizione al presente evento e ai trattamenti obbligatori previsti per legge.

DATA.....FIRMA.....