



**CORSO
RISCHIO BIOLOGICO E RISCHIO CLINICO
IN AMBITO SANITARIO**

L'operatore sanitario ed il paziente

Sala Corsi, Euganea Medica, Albignasego, PADOVA in via Colombo 13

28 aprile 2010

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Da compilare in stampatello e spedire via fax 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

Data e luogo di nascita

QUOTA DI PARTECIPAZIONE **€ 80,00 +IVA 20%**

ISTITUZ. DI APPARTENENZA QUALIFICA REPARTO

Disciplina in cui il professionista opera

L'ADESIONE COMPORTA L'ACCETTAZIONE INTEGRALE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI ELENCAE 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

Iscrizione € _____ a mezzo

- Bonifico Bancario intestato a Data Medica Padova Spa, Divisione CYBERMEDICA, presso Banca dell'Artigianato e dell'Industria **IBAN IT 77X030781210000000000510** (allegare copia)
- Assegno bancario/circolare intestato a DATAMEDICA PADOVA Spa (allegare copia)

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

Timbro dell'ente esente da IVA

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa ex. Art. 13 del Codice Civile in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n.196 - Testo 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.

DATA FIRMA