



**RIABILITAZIONE STRUMENTALE E IN ACQUA
DOPO INTERVENTO CHIRURGICO AL GINOCCHIO**

Sabato 25 SETTEMBRE 2010
presso il CEMES, Via G. Boccaccio, 106 - PADOVA

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

P.IVA

Data e luogo di nascita

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

- 180,00 € (150,00 € + IVA 20%) per medico chirurgo**
- 120,00 € (100,00 € + IVA 20%) per altre figure professionali**

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

Iscrizione € a mezzo

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

Timbro dell'ente esente da IVA

- 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)

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