



CAMPUS DI ECOGRAFIA MUSCOLOSCHLETRICA IN

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Camogli, 22/23 Ottobre 2010

Termine ultimo per l'iscrizione: 13/09/2010

COGNOME NOME

QUALIFICA

DIPARTIMENTO ENTE

INDIRIZZO ENTE

CAP CITTA' PROV.

TEL. ENTE CELLULARE

E-MAIL

ISCRIZIONE DA FATTURARE A :

INDIRIZZO

CAP CITTA' PROV.

PARTITA IVA O CODICE FISCALE

E-MAIL *(tutti i campi sono obbligatori)*

Chiede di essere iscritto/a al **CAMPUS DI ECOGRAFIA MUSCOLOSCHLETRICA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**.
A conferma dell'iscrizione si prega inviare al fax 010 8992719 copia del bonifico intestato a ECM Service Srl,
unitamente alla presente scheda di iscrizione.

Scegliere tra i seguenti Istituti Bancari – IBAN :

CREDITO EMILIANO IT81J0303201401010000006265

BANCA INTESA IT78V0306901413615222240319

Ai sensi dell'articolo 13 D. Lgs 196/2003 La informiamo che il conferimento dei suoi dati personali è necessario per la partecipazione al Corso e per le finalità connesse. Il loro trattamento da parte nostra o di un soggetto di nostra fiducia avverrà manualmente o per via informatica, in totale riservatezza e sicurezza. Ha il diritto di conoscere, aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i Suoi dati presso la nostra Sede in Via T. Invrea 9/13 – Genova.

Preso atto dell'informativa sopra riportata, ai sensi degli articoli 23, 24, 42 e 43 D.Lgs. 196/2003 sul trattamento e sulla comunicazione dei miei dati personali nel rispetto della vigente normativa:

PRESTO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

Firma