5° CONVEGNO INTERATTIVO DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO CLINICO

VERONA Endocrinologia & Metabolismo 2018

3° INCONTRO DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE ITALIANE IN ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO

10-13 Ottobre · Palazzo Della Gran Guardia

SCHEDA DI ISCRIZIONE (SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO)

	Entro il 10/09/2018	Dall'11/09/2018
QUOTA DI ISCRIZIONE INTERO CONVEGNO		
Medico	€ 200,00 (€ 163,94+IVA 22%)	€ 300,00 (€ 245,90+IVA 22%)
Specializzando, Assegnista, Dottorando di Ricerca	€ 50,00 (€ 40,98+IVA 22%)	€ 100,00 (€ 81,97+IVA 22%)
Specializzando della Scuola di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo	QUOTA GRATUITA	QUOTA GRATUITA
Infermiere	€ 50,00 (€ 40,98+IVA 22%)	€ 100,00 (€ 81,97+IVA 22%)
QUOTA DI ISCRIZIONE PER SINGOLA GIORNATA		
Medico	€ 60,00 (€ 49,18+IVA 22%)	€ 80,00 (€ 65,57+IVA 22%)
Specializzando, Assegnista, Dottorando di Ricerca	€ 25,00 (€ 20,49+IVA 22%)	€ 50,00 (€ 40,98+IVA 22%)
Specializzando della Scuola di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo	QUOTA GRATUITA	QUOTA GRATUITA
Infermiere	€ 25,00 (€ 20,49+IVA 22%)	€ 50,00 (€ 40,98+IVA 22%)

Indirizzo per corrispondenza

(barrare la casella corrispondente):

❑ MEDICO disciplina: ❑ Endocrinologia ❑ Malattie Metaboliche e Diabetologia ❑ Medicina Generale
❑ Medicina Interna ❑ Scienza dell'Alimentazione e Dietetica

❑ INFERMIERE

❑ SPECIALIZZANDO (escluso da ECM) ❑ ASSEGNISTA (escluso da ECM) ❑ DOTTORANDO DI RICERCA (escluso da ECM)

Cognome _____ Nome _____

Qualifica Professionale _____

Via _____

Cap _____ Città _____

Cellulare _____ Tel. Lavoro _____

Fax _____ E-mail _____

Allergie o intolleranze alimentari _____

Ai fini ECM

Data e luogo di nascita _____ Cod. Fiscale _____
(dato obbligatorio)

Dati obbligatori per gli Specializzandi:

Scuola o Sede Consorziata di appartenenza _____ Direttore _____

INTENDO PARTECIPARE ALLE SEGUENTI GIORNATE (barrare la casella corrispondente)

❑ 10 Ottobre ❑ 11 Ottobre ❑ 12 Ottobre ❑ 13 Ottobre Per un totale di n. ___ GIORNATE

ATTENZIONE: SE LA FATTURA VA INTESTATA ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE SI PREGA DI LEGGERE LE ISTRUZIONI A PAG. 8 DEL PROGRAMMA

INTESTAZIONE FATTURA PER QUOTA DI ISCRIZIONE (dati obbligatori)

Cognome Nome/Ragione Sociale _____

Via _____ Cap _____ Città _____ Prov____

Codice Fiscale _____ Partita Iva _____
(dato obbligatorio) (dato obbligatorio se in possesso)

RIEPILOGO QUOTA DI ISCRIZIONE

Iscrizione INTERO CONVEGNO € _____

Quota per giornata _____ x N° _____ GIORNATE € _____

INVIO IL SALDO TRAMITE

❑ Assegno bancario non trasferibile intestato a COGEST M. & C. Srl e da inviare a: COGEST M. & C. Srl, Vicolo San Silvestro 6, 37122 Verona

❑ Bonifico bancario, di cui allego fotocopia, intestato a: COGEST M. & C. Srl, C/C 000005233961, CIN H, ABI 02008, CAB 11705, IBAN IT 49H0200811705000005233961, BIC SWIFT UNCRITM1M03 c/o UNICREDIT, Piazza Bra 26/e, Verona

❑ Pagamento online collegandosi a: http://www.cogest.info/pagamento.php con carta di credito: Visa, Mastercard, American Express e con bonifico attraverso il proprio home banking tramite il circuito MyBank

❑ Carta di credito ❑ AMERICAN EXPRESS ❑ VISA ❑ MASTERCARD/EUROCARD

N. Carta di credito /___//___//___//___//___//___//___//___//___//___//___//___//___//___/

Data di scadenza /___//___/ / /___//___/ CVV/___//___//___/ (riportare i 3 numeri stampati sul retro della carta, tranne che per AMERICAN EXPRESS)

Cognome e nome del titolare della carta di credito _____

❑ Autorizzo COGEST M. & C. al prelievo della quota di iscrizione pari a: € _____

Data /___//___//_____/ Firma del titolare della carta di Credito _____

PRIVACY

❑ Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti. **NB: In assenza di tale autorizzazione non potremo effettuare l'iscrizione all'evento.**

Data _____ Firma _____

❑ Autorizzo il trattamento dei miei dati anagrafici per l'invio di materiale informativo sugli eventi formativi ECM e congressuali organizzati da Cogest M. & C. Cogest M. & C. dichiara che i dati non verranno trasmessi a terzi.

Data _____ Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY

Con riferimento al Regolamento UE 679/2016 La informiamo che: I dati da Lei forniti sono trattati nel Suo interesse per le seguenti finalità: attività connesse all'organizzazione di eventi aggregativi, congressuali e formativi (conferimento obbligatorio), adempimento di obblighi di legge, contabili/amministrativi e finalità di gestione contratti (conferimento obbligatorio) ed invio di comunicazioni, informative o newsletter relative a nuove iniziative (conferimento facoltativo). Titolare e Responsabile del trattamento è Cogest M. & C. srl, Vicolo San Silvestro, 6 - 37122 Verona.; non è prevista la nomina del DPO (Data Protection Officer) perché non necessario rispetto ai trattamenti eseguiti. In qualità di interessato, Lei è tutelato dai diritti di seguito riportati: diritto di essere informato, diritto di accesso ai dati, diritto di rettifica, diritto di oblio e cancellazione, diritto di limitazione; diritto di portabilità, diritto di opposizione, diritto di divieto all'automazione.