



in collaborazione con



ESPLORARE IL PROPRIO AUTISMO

28 ottobre 2023 Sala Falconetto Palazzo Geremia Via Belenzani 20 Trento

SCHEDA DI ISCRIZIONE

da inviare via e-mail all'indirizzo
eventi@cieffe.tn.it con copia del bonifico effettuato

(*) campi obbligatori

Nome*

Cognome*

Nato a* il*

Codice fiscale*

Tel* Cellulare

E-mail*

Professione* infermiere dietista

medico - specializzazione*

Operatività professionale* libero professionista dipendente

convenzionato privo di occupazione

INDIRIZZO PRIVATO

Via

Cap..... Comune..... Prov.....

INDIRIZZO DI LAVORO

Istituto / Ente / Ospedale

Reparto

Città..... Prov.....

A fronte del pagamento verrà emessa una fattura da Cieffe Srl.

Indicare i dati completi per la fatturazione.

FATTURA DA INTESTARE A*:

.....

Via*

Cap*..... Città*..... Prov.*.....

P.IVA*

Codice fiscale*

LA FATTURA SARÀ INVIATA VIA MAIL:

E-mail*

QUOTE DI ADESIONE

SEMINARIO	ISCRIZIONE entro il 21/10/2023
	Quota IVA inclusa
SEMINARIO CON RILASCIO N. 7 CREDITI ECM	Euro 128,10
SOLO SEMINARIO SENZA RILASCIO CREDITI ECM	Euro 85,40

A tutti i partecipanti verrà consegnato il libro "Esplorare il proprio autismo" e attestato di partecipazione

Pagamento

Le quote di adesioni devono essere interamente versate tramite bonifico bancario intestato a:

CIEFFE SRL

Codice IBAN IT85H0817834661000028451999

(Cassa Rurale Alta Valsugana), indicando la causale:

COGNOME e NOME ISCRIZIONE SEMINARIO 28/10/2023

Come iscriversi al convegno

La scheda di adesione debitamente compilata e copia della contabile del bonifico bancario devono essere spedite alla segreteria organizzativa del convegno, Cieffe Srl all'indirizzo eventi@cieffe.tn.it

Informativa

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 informiamo che i suoi dati personali saranno trattati su supporto cartaceo e/o informatico da Cieffe Srl per lo svolgimento della propria attività. Il titolare ed il responsabile del trattamento è Cieffe Srl. In qualsiasi momento potrà esercitare i relativi diritti fra cui consultare, modificare o cancellare i suoi dati personali scrivendo a: Cieffe Srl Via Brennero 322 – 38121 TRENTO. Autorizzo il trattamento dei miei dati al fine della trasmissione degli stessi alla Commissione ECM così come previsto dal modulo di registrazione degli eventi e dei progetti formativi sanitari.

Data*

Firma*