

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Dati Anagrafici	
Nome	_____
Cognome	_____
Email	_____
Cellulare	_____
Istituto/Ente di appartenenza	_____
Indirizzo (ente)	_____
CAP	Città _____
Provincia	_____
Telefono Istituto/Ente	_____
Socio NeuroMI	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

ECM Professione **(*non avente diritto ai crediti)**

- Medico Chirurgo
 Biologo
 Dietista
 Farmacista
 Infermiere
 Infermiere Pediatrico
 Psicologo
 altro* (specificare) _____

Disciplina **(*non avente diritto ai crediti)**

- Endocrinologia
 Biochimica Clinica
 Farmacia Ospedaliera
 Farmacia Territoriale
 Farmacologia e Tossicologia clinica
 Geriatria
 Igiene degli Alimenti e della nutrizione
 Malattie Metaboliche e Diabetologia
 Medicina Generale (Medici di famiglia)
 Medicina Interna
 Neurologia
 Neuropsichiatria infantile
 Pediatria
 Pediatria (Pediatri di libera scelta)
 Psichiatria
 Psicologia
 Psicoterapia
 Scienza dell'alimentazione e dietetica
 specializzando*
 altro* (specificare) _____

- Dipendente
 Convenzionato
 Libero Professionista
 Privo di occupazione

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Iscritto all'Ordine/Collegio/ASS.
prof.li num. _____ **della provincia di** _____

Indirizzo di residenza _____ **n. civico** _____

CAP _____ **Città** _____ **Prov.** _____

Telefono abitazione _____ Fax _____

E-mail _____

Quote di iscrizione (IVA inclusa)	
Medici (non soci NeuroMI)	€ 330,00
Altre professioni (non soci NeuroMI)	€ 230,00
Specializzandi (sotto I 35 anni)	€ 80,00
Soci NeuroMI	Iscrizione gratuita

Metodo di pagamento	
<input type="checkbox"/> Contanti	<input type="checkbox"/> Carta di credito (solo Mastercard o VISA)

Dati fatturazione (se differenti da quelli indicati sopra)	
Nome Azienda/Nome	
Nome Azienda/Cognome	
Indirizzo	
CAP	
Città	
Provincia	
Stato	
Partita IVA	
Codice Fiscale	
Codice destinatario	

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi Regolamento UE 2016/679 (GDPR), si informa che il trattamento dei dati personali forniti è necessario per finalità proprie della scrivente che si occupa di progettazione, organizzazione e gestione di congressi ed eventi, gestione di servizi linguistici e di traduzione, progettazione di attività formative, servizi di gestione a supporto di società medico-scientifiche; la mancata comunicazione comporta l'impossibilità di svolgere correttamente il trattamento, tutto o in parte (la mancanza del consenso non ci consente per esempio di farti servire il menu in linea con le tue esigenze alimentari o di darti assistenza se hai esigenze specifiche di mobilità). La liceità del trattamento deriva dal consenso espresso. Il trattamento avverrà con l'utilizzo di procedure cartacee e informatizzate. Dei dati potranno venire a conoscenza gli incaricati del trattamento. I dati verranno conservati per la durata delle prescrizioni di legge. Per esercitare i diritti previsti (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione, portabilità, revoca, reclamo, ecc.) inviare richiesta scritta a The Office Srl, via San Nicolò 14 - 34121 Trieste, oppure via email a cancel@theoffice.it. Il Titolare del trattamento è THE OFFICE SRL, via San Nicolò 14 - 34121 TRIESTE, tel. 040/368343; theoffice@theoffice.it

Ho letto e accetto l'Informativa GDPR	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Acconsento a ricevere e vi autorizzo a trattare i miei dati personali anche ai fini dell'invio di successivi inviti ad eventi analoghi	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Data

Firma