



ISTITUTO G.GASLINI

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Settore AFR



CISEF
CENTRO INTERNAZIONALE DI STUDI E FORMAZIONE
GERMANA GASLINI

COMPLETARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO E IN MODO LEGGIBILE

Inviare alla Segreteria Organizzativa entro il 15 marzo 2011

Tel.: 010/5636868, Fax: 010/3071591, e-mail: giovannabianchi@ospedale-gaslini.ge.it

Titolo evento: "La sperimentazione clinica in pediatria"

Codice Evento (ID): 962

Rif. E.C.M. n°: 856-1303

Sede: Badia della Castagna, Genova

Data: 24-26 marzo 2011

COGNOME.....NOME.....

Indirizzo privato:

CAP.....Città.....Prov.....Tel.....Cell.....

Fax..... e-mail.....

Ente/Istituto.....U.O./Reparto.....

Indirizzo di lavoro:.....

CAP.....Città.....Prov.....Tel.....Cell.....

Fax..... e-mail

Data di nascita.....Luogo di nascita.....

Codice fiscale

ProfessioneDisciplina

Pagamento quota iscrizione esente IVA

Quota di iscrizione: euro 250,00[*], euro 150,00 per il personale di IRCCS, A. O., ASL, euro 120,00 per il personale Gaslini e gli specializzandi da versare entro 5 giorni dalla conferma dell'accettazione da parte della Segreteria tramite:

A) Bonifico bancario a : CISEF "Germana Gaslini" cc 1141380 IBAN IT23B0617501455000001141380, codice SWIFT/BIC CRGEITGG442 IMPORTANTE: Indicare come causale "AFR-Iscrizione al corso Sperimentazione clinica in pediatria [*]

e trasmettere copia bonifico via fax insieme alla scheda

B) Assegno bancario, intestato a CISEF "Germana Gaslini" e inviato a CISEF, via Romana della Castagna, 11A, 16148 Genova insieme alla scheda

* La quota può essere rimborsata solo a fronte di pre-avviso ricevuto entro 5 gg. dalla data di inizio dell'evento.

INDICAZIONI PER LA FATTURAZIONE

La fattura relativa alla quota sarà intestata al soggetto, pubblico o privato, che effettua il pagamento.

Si chiede di indicare pertanto i dati per la fatturazione:



ISTITUTO G.GASLINI

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Settore AFR



CISEF
CENTRO INTERNAZIONALE DI STUDI E FORMAZIONE
GERMANA GASLINI

Intestata a:

Via.....CAP.....Città.....

P.IVA/CF (se coincidono): _____

e CF (se non coincidono): _____

chi possiede sia il CF sia la P.IVA, deve specificare entrambi

ed inviata all'attenzione di

Art. 13, D.lgs. n. 196/2003 Tutela della riservatezza. I dati da Lei comunicati sono riservati e verranno trattati al solo scopo di prestare il servizio in oggetto inclusa l'attribuzione dei crediti ECM. Verranno pertanto trasmessi alla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina e conservati nell'archivio del protocollo ottico dell'Istituto G. Gaslini e nella base dati del CISEF e per informarla sui prossimi eventi CISEF e riutilizzati per Sue future partecipazioni ad eventi CISEF. Barrare qui se desidera far cancellare i Suoi dati dalla base dati CISEF

Il titolare del trattamento è il CISEF, Centro Internazionale di Studi e Formazione "Germana Gaslini", via Romana della Castagna, 11A, 16148 Genova, cui si potrà rivolgere per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della legge sopraccitata (accesso, correzione, cancellazione dei dati, ecc.).

Data..... Firma.....