



ISTITUTO G.GASLINI

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

## Settore AFR-AAF



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

tel.: 010/56362864, fax: 010/56362885, e-mail: manuelaaloe@cisef.org

**Titolo evento: Sindrome di Wolfram: pazienti, sanitari, istituzioni**

**Codice Evento (ID): 1561**

**Rif. E.C.M. n°: 856-113240**

**Sede: CISEF, Villa Quartara, Genova**

**Data: 28/02/2015**

**COGNOME.....NOME.....**

**Indirizzo privato:**

Via .....n. ....

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

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

**Indirizzo di lavoro:**

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

Via .....n. ....

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

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

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

Codice fiscale .....

Professione .....  Disciplina/e .....  Privo di specializzazione

Dipendente     Convenzionato     Libero professionista     Privo di occupazione

Iscritto a:

ORDINE prov. \_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_     COLLEGIO prov. \_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE n. \_\_\_\_\_

NESSUNO

### EVENTUALE RECLUTAMENTO DA PARTE DI SPONSOR

Dichiaro di essere stato reclutato da \_\_\_\_\_

In fede: \_\_\_\_\_



ISTITUTO G.GASLINI

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

## Settore AFR-AAF



CISEF  
CENTRO INTERNAZIONALE DI STUDI E FORMAZIONE  
GERMANA GASLINI

### PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE ESENTE IVA

Quota di iscrizione: **euro 50** [\*] da versare entro 5 giorni dalla conferma dell'accettazione da parte della Segreteria tramite:

**A) Carta di credito:** è possibile effettuare personalmente il pagamento online dal nostro sito web <http://www.cisef.org/pagamenti/>

**B) Bonifico bancario a:** CISEF "Germana Gaslini" IBAN IT59S0617501583000000640080, codice SWIFT/BIC CRGEITGG138

**IMPORTANTE:** indicare come causale "AFR-Iscrizione al corso "Sindrome di Wolfram: pazienti, sanitari, istituzioni [\*]"

e trasmettere copia bonifico via fax insieme alla scheda

**C) 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.**

**Se il pagamento viene effettuato da terzi (Ente pubblico, ASL, A.O., ...) l'Ente deve inviare alla Segreteria Organizzativa l'autorizzazione all'emissione della fattura.**

Si chiede di indicare pertanto i dati per la fatturazione:

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. In caso di attribuzione di crediti ECM saranno trasmessi ad AGENAS. I Suoi dati saranno conservati nella base dati del CISEF ed utilizzati per Sue future partecipazioni ad eventi organizzati dal CISEF.

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

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