

**SCHEDA D' ISCRIZIONE**  
**DAY SURGERY:**  
**modello assistenziale in continua evoluzione**

**Limone Piemonte (CN), 9 ottobre 2010**  
**Da inviare alla P & P S.r.l. a mezzo fax al n. 02.66103840**

Nome			
Cognome			
Indirizzo privato			
CAP Città Prov.			
Telefono privato		Cellulare	
Indirizzo di posta elettronica privato.		<b>La corrispondenza avverrà solo posta elettronica.</b> a <a href="mailto:info@pep-congressi.it">info@pep-congressi.it</a> o <a href="mailto:info@daysurgeryitalia.it">info@daysurgeryitalia.it</a>	

• **DATI OBBLIGATORI PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA**

<b>* C.F.</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>* P.I.</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

• Data di nascita GG/MM/AA	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	• Luogo di nascita	
-------------------------------	---	--------------------	--

Qualifica attuale			
Disciplina			
Ente di appartenenza			
Indirizzo			
CAP Città Prov.			
Telefono lavoro		Telefax	
E-Mail lavoro			

<b>QUOTE D' ISCRIZIONE</b> <b>Dipendenti Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle e ASL CN 1 € 30,00 + IVA 20% = € 36,00</b>  <b>Medici € 60,00 + IVA 20% = € 72,00</b>  <b>Infermieri € 40,00 + IVA 20% = € 48,00</b>	<b>Educazione Continua in Medicina</b>  L'Evento Formativo sarà registrato al Ministero della Salute al fine di ottenere i Crediti Formativi come da programma E.C.M.
---	---

Qualora sia richiesta fattura intestata a soggetto diverso, si prega di riportare l'intestazione desiderata completa di tutti i dati fiscali

**Modalità di pagamento**

Allego assegno bancario non trasferibile intestato a:

**P & P S.r.l.** N. \_\_\_\_\_ BANCA \_\_\_\_\_

Allego ricevuta bonifico bancario

presso **INTESA SAN PAOLO S.p.A. - su conto corrente intestato a P & P S.r.l.**

**IBAN IT86T0306909456065693560112 - causale "Iscrizione CUNEO DAY SURGERY, 9 ottobre 2010"**

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI**  
(Decreto legislativo 30/06/03, n. 196)

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui al Decreto legislativo del 30 giugno 2003 n. 196, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo stesso, conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali, al fine di consentire la formalizzazione dei reciproci rapporti contrattuali ed economici, oltre che per la gestione di comunicazioni a carattere informativo, organizzativo e commerciale. Il sottoscritto può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 18, tra cui il diritto di opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano ai fini previsti o di richiedere la modifica o cancellazione degli stessi, con comunicazione scritta alla: P & P S.r.l. Viale Sarca, 41 - 20125 MILANO

SI       NO

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_