

**34° CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA
CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE
Ascoli Piceno, 13 - 15 Aprile 2015**

SCHEMA D'ISCRIZIONE

La presente scheda va debitamente compilata e fatta pervenire, unitamente alla copia dell'avvenuto pagamento o ai dettagli della carta di credito, entro e non oltre il giorno 7 Aprile 2015, alla Segreteria organizzativa:

Bluevents Srl - Via Flaminia Vecchia 508 - 00191 Roma fax :+390697603411 e-mail: formazione@bluevents.it info@bluevents.it

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

Indirizzo.....

Cap..... Città..... Provincia.....

Tel..... Fax..... E-mail.....

INTESTAZIONE FATTURA :

Ragione Sociale.....

Indirizzo..... Cap..... Città.....

Codice Fiscale e/o Partita Iva.....

QUOTE DI ISCRIZIONE (Massimo 70 pax) – barrare la casella

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medici (Ginecologi, Anatomo Patologi, Medici di Medicina Generale, Urologi) | Euro 420,00 iva inclusa |
| <input type="checkbox"/> Medici Specializzandi | Euro 300,00 iva inclusa |
| <input type="checkbox"/> Biologi | Euro 300,00 iva inclusa |
| <input type="checkbox"/> Farmacisti | Euro 300,00 iva inclusa |
| <input type="checkbox"/> Ostetriche/Infermieri | Euro 200,00 iva inclusa |
| <input type="checkbox"/> Collegi stranieri | Euro 150,00 iva inclusa |

La quota di iscrizione comprende: partecipazione ai lavori del corso, kit congressuale, coffee break, colazioni di lavoro, attestato di partecipazione e attestato ECM

MODALITA' DI PAGAMENTO PRESCELTA

BONIFICO BANCARIO intestato a Bluevents srl di € _____ **esente da spese bancarie**

BANCA DEL FUCINO-AGENZIA L - BANCA DEL FUCINO IBAN IT22L0312403204000000231549

Causale del versamento: CORSO ASCOLI PICENO 13-15 APRILE 2015

CARTA DI CREDITO

Autorizzo l'addebito di € _____ Titolare della carta di credito: _____

VISA MASTERCARD

Numero _____ Scadenza: ____/____/____ CV2* ____/____/____
*(ultime 3 cifre riportate sul retro della carta)

Firma del Titolare _____

Cancllazioni: è necessario inviare comunicazione scritta dell'eventuale annullamento alla Segreteria Organizzativa Bluevents, via fax al n.06/97603411 oppure all'indirizzo email info@bluevents.it. Per gli annullamenti pervenuti entro il **13/03/2015** la quota sarà rimborsata con una trattenuta di €50.00 per le spese amministrative. Dopo tale data non sarà effettuato alcun rimborso. I rimborsi saranno effettuati entro i 90 giorni successivi alla fine del Congresso. In caso di cancellazione dell'evento, Bluevents procederà al rimborso della quota con una trattenuta di €20.00 per le spese amministrative. Nessuna delle parti coinvolte avrà diritto ad alcun indennizzo per i danni che derivano dalla cancellazione dell'Evento.

Informativa art. 13 D.Lgs 30.06.2003 n. 196

I dati personali acquisiti tramite il presente modulo sono raccolti per le finalità connesse allo svolgimento del Convegno e trattati con l'ausilio di strumenti elettronici e non elettronici. I dati raccolti saranno trattati unicamente da personale incaricato al trattamento dei medesimi (addetti all'attività commerciale, di amministrazione e di segreteria). I dati potranno essere comunicati a liberi professionisti, hotel, agenzie di viaggio, compagnie aeree e marittime, istituti bancari e ad eventuali aziende sponsor. Il conferimento dei dati (nome, cognome, indirizzo, codice fiscale, partita iva, telefono ed e-mail, ecc.) è obbligatorio per consentire l'iscrizione, e per l'emissione di regolare fattura. I suddetti dati (indirizzo mail, numero di fax) potranno essere utilizzati anche per informarLa dei nostri futuri eventi se esprimerà il Suo consenso barrando l'apposita casella. Un eventuale rifiuto a conferire il consenso per l'invio di comunicazioni relative alle nostre attività non pregiudicherà l'iscrizione al Congresso ma l'impossibilità di contattarla per informarLa su eventi futuri. Titolare del trattamento è Bluevents srl " con Sede Legale in Via Flaminia Vecchia, 508 - 00191 Roma. Le ricordiamo che Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Titolare del trattamento all'indirizzo (info@bluevents.it)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali

Non autorizzo il trattamento dei miei dati personali

Data _____

Firma _____

Segreteria Organizzativa – Provider ECM



Via Flaminia Vecchia, 508 - 00191 Roma - Tel 0636304489 – 0636382038 - Fax 0697603411 - email info@bluevents.it - www.bluevents.it
iscritta all'albo dei provider ECM con ID N°836.