



ISTITUTO G.GASLINI

SCHEMA DI ISCRIZIONE



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 26 febbraio 2010

Tel.: 010/5636.805/554, Fax: 010/3776590, e-mail: caterinacogorno@ospedale-gaslini.ge.it

Titolo evento: La Sperimentazione Clinica in Pediatria

Codice Evento (ID): 917

Rif. E.C.M. n°: 693-10007806

Data: 25-27 marzo 2010-

Sede: Villa Quartara, Badia della Castagna, Genova

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

Indirizzo privato:

CAP.....Città.....ProvTel.....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

CAMPI OBBLIGATORI

INDICAZIONI PER LA FATTURAZIONE

La fattura relativa alla quota dovrà essere 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'indirizzo privato

all'indirizzo di lavoro

altro _____

 <p>ISTITUTO G.GASLINI</p>	<h1 style="color: green;">SCHEDA DI ISCRIZIONE</h1>	 <p>CISEF CENTRO INTERNAZIONALE DI STUDI E FORMAZIONE GERMANA GASLINI</p>
---	---	--

Pagamento quota iscrizione

Quota di iscrizione: **euro 350,00.**

Quota ridotta per personale IRCCS, A.O., ASL e specializzando: **euro 200,00**

Quota ridotta per personale IGG: **euro 120,00**

da versare entro 5 giorni dalla conferma dell'accettazione da parte della Segreteria tramite

A) Carta di credito: American Express  - Eurocard  - Maestro  - Mastercard  - Visa 

CARTA N. ° _____ DATA DI SCADENZA ____/____ (MM/YY)

SOMMA AUTORIZZATA _____ FIRMA _____ DATA _____

B) Bonifico bancario a : CISEF "Germana Gaslini" cc 1141380 IBAN IT23B0617501455000001141380, codice

SWIFT/BIC CRGEITGG442 IMPORTANTE: Indicare come causale "Iscrizione al corso [*]"

e trasmettere copia bonifico via fax insieme alla scheda

C) Assegno bancario, intestato a CISEF "Germana Gaslini" e inviato alla Segreteria Organizzativa, c/o Direzione Scientifica, IRCCS Istituto G. Gaslini, I.go G. Gaslini, 5, 16147 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.

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 e' il Centro Internazionale di Studi e Formazione Germana Gaslini, via Romana della Castagna 11°, 16147 Genova 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.....