

Workshop

**“La motivazione delle persone e la qualità della comunicazione come
fattore strategico della riduzione del rischio
In ambito sanitario e socio-sanitario”**

SCHEMA di ISCRIZIONE

LUOGO DI SVOLGIMENTO

Padova - Via Boccaccio, 96 presso
Aula Polivalente – Residenza Parco del Sole

DATA DI SVOLGIMENTO

Lunedì 13 febbraio 2012
dalle ore 14.00 alle ore 20.00

EVENTO PROGETTATO E ORGANIZZATO *in particolare per:*

Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori di U.O.C. (Medici Chirurghi tutte discipline)

IN ATTESA DI ACCREDITAMENTO SU SISTEMA ECM VENETO



QUOTA INDIVIDUALE DI ISCRIZIONE: € 40,00 + IVA

Al termine dell'evento è prevista per tutti i partecipanti una degustazione di vini

Gentilmente offerto da
AZIENDA VITIVINICOLA



DATI PERSONALI DEL PARTECIPANTE

NOME E COGNOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

CITTA'/INDIRIZZO

TELEFONO/CEL

E-MAIL

PROFILO

SANITARIO/PROFESSIONALE

ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE PROVINCIA E NUMERO

MODALITA' DI PAGAMENTO

TRAMITE BONIFICO BANCARIO SU CONTO CORRENTE BANCARIO

IBAN IT 94U050 4002002 0000003 48270 c/o BANCA ANTONVENETA - AGENZIA DI MESTRE
intestato a CODESS SOCIALE Soc. Cooperativa Sociale ONLUS

TRAMITE BOLLETTINO POSTALE SU C/C n. 12496329

intestato a CODESS SOCIALE Soc. Cooperativa Sociale ONLUS

CAUSALE DEL BONIFICO/VERSAMENTO CC POSTALE : EVENTO ECM AMANI/CODESS DEL 13/02/12

DATI PER LA FATTURA

Intestazione

Codice fiscale

Partita IVA

IL PAGAMENTO DEVE ESSERE EFFETTUATO AL MOMENTO DELL'ISCRIZIONE

N.B. la restituzione della quota è prevista solo nel caso in cui non venga raggiunto il numero minimo previsto di iscrizioni o di mancata assegnazione dei crediti ecm veneto. non è prevista in nessun caso la restituzione della quota in caso di mancata partecipazione o ritiro dal corso da parte dell'iscritto.

IMPORTANTE

Inviare la presente scheda di iscrizione **ADEGUATAMENTE COMPILATA E SOTTOSCRITTA PER ACCETTAZIONE** al n. di **fax 199 161 911** allegando copia della ricevuta di bonifico bancario o del pagamento per c/c postale

Accetto tutte le condizioni generali di iscrizione all'evento, riportate in calce alla scheda.

Allego copia del bonifico bancario o del pagamento per c/c postale

Data _____

Firma _____

TRATTAMENTO DEI DATI DLGS 196/03: L'ISCRIZIONE AL CORSO PREVEDE L'ACCETTAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI IN BASE AL DLGS 196/03, I DATI SARANNO UTILIZZATI SOLO ED ESCLUSIVAMENTE PER L'INSERIMENTO NEL SISTEMA DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA.IL RIFIUTO AL TRATTAMENTO DEI DATI NON PERMETTE L'ISCRIZIONE ALL'EVENTO. L'INSERIMENTO CORRETTO DEI DATI E' RESPONSABILITA' DELL'ISCRITTO, NEL CASO DI DATI INSERITI IN MODO ERRATO E PERTANTO NON ACCETTATI DAL MINISTERO DELLA SALUTE COMPORTA LA NON ATTRIBUZIONE DEI CREDITI. SI INVITA A CONTROLLARE SOPRATTUTTO LA CORRETTEZZA DEL CODICE FISCALE

FIRMA PER ACCETTAZIONE _____