

Da inviare compilata e firmata via e-mail a geriat@unipr.it

2° CORSO RESIDENZIALE INTERATTIVO DI ECOGRAFIA DIAGNOSTICA TIROIDEA E PARATIROIDEA PARMA, 23 e 24 NOVEMBRE 2017

Tutti i dati richiesti sono obbligatori. NON SARANNO PRESE IN COSIDERAZIONE LE SCHEDE INCOMPLETE

DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Partita IVA _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____
Residenza Via _____ N. civico _____ CAP _____
Città _____ Provincia _____ Tel. _____
E-mail _____

QUALIFICA (barrare la casella appropriata)

Posizione: Specializzando Ospedaliero Specialista ambulatoriale Universitario Libero professionista

Disciplina:

Medicina Generale (Medici di famiglia) Endocrinologia Medicina Interna Geriatria

Radiodiagnostica Medicina Nucleare Chirurgia Generale Otorinolaringoiatria

Iscrizione all'Ordine di _____ N° _____

Ente di appartenenza _____ Reparto _____

ESPERIENZA IN ECOGRAFIA TIROIDEA (barrare la casella appropriata)

Non ho mai eseguito ecografia Eseguo ecografia ma non tiroidea

Eseguo ecografia tiroidea occasionalmente Eseguo ecografia tiroidea abitualmente

Data, ____/____/____ Firma _____

ENTE O PERSONA FISICA A CUI INTESTARE LA FATTURA

Ente o Persona fisica _____

Partita IVA / Codice Fiscale _____

Via _____ N. civico _____ CAP _____ Città _____

Informativa sulla Privacy

Ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali - Privacy), ogni dato personale verrà trattato anche in modo elettronico ai fini delle operazioni di segreteria: iscrizione al presente evento e per l'erogazione dei servizi connessi (ECM). L'autorizzazione al trattamento dei dati è obbligatoria in quanto in sua assenza, non ci sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

Consenso al trattamento dei dati personali: SI NO

Data _____ Firma _____

Per fatturazione a Enti Pubblici allegare dichiarazione dell'Ente che autorizzi l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma all'emissione di documento in esenzione IVA, Art. 10 DPR 633/72 e Art. 14 comma 10 L.537/24.12.93).

Si rammenta ai partecipanti al Corso che, affinché l'iscrizione possa essere ritenuta valida, occorre inviare via e-mail alla Segreteria Organizzativa copia dell'avvenuto bonifico bancario (c/c intestato a Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, via Gramsci 14, 43126 Parma, aperto presso Poste Italiane SpA, Parma, codice IBAN: IT86L0760112700000000330431. Si raccomanda di specificare chiaramente nella causale del versamento la seguente dicitura: **Iscrizione Corso Ecografia Tiroidea COMMESSA ENDOMET**).

QUOTA DI PARTECIPAZIONE: € 750,00 (IVA inclusa); € 300,00 (IVA inclusa) quota agevolata per Medici in Formazione Specialistica.

Per documentate rinunce che giungeranno entro il 09/11/2017 verrà rimborsato il 50% della somma versata, nessun rimborso verrà effettuato dopo tale data.