

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_ IL \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

TEL: \_\_\_\_\_ PROFESSIONE: \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_ (struttura) A: \_\_\_\_\_ (provincia)

P. IVA : \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

DATI PER FATTURAZIONE SE DIFFERENTI DA SOPRA:

L'iscrizione verrà confermata all'e-mail indicata al ricevimento del bonifico di:

**€ 100,00 + IVA,**

intestato a **MEDINFORMA S.R.L.,**

codice IBAN **IT35M0538702417000002191091,**

con causale:

**“Iscrizione Convegno 29 Ottobre 2022 - Cognome Nome”.**

### TRATTAMENTO DATI PERSONALI (D.l.g.s. 196-03)

L'adesione e la partecipazione al Corso richiede un esplicito consenso al trattamento dei dati personali da parte della Segreteria Organizzativa e gli organismi promotori al fine dell'invio di materiale informativo. Il trattamento dei dati avverrà con la massima riservatezza e nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla legge sulla tutela dei dati personali. Le sarà garantito in ogni momento l'esercizio dei diritti di cui l'art. 7 della medesima legge.

DATA ..... FIRMA .....



**La responsabilità Professionale in ambito Medico.  
Rivendicazione giusta e ingiusta rivendicazione.**

**Sabato, 29 ottobre 2022**

**Centro Medico Medinforma  
Via Emilia Ponente 62/2a – Bologna (Bo)**

**ECM assegnati: 5,00 crediti  
CFO assegnati: 2,00 crediti + 1,00 Deontologico**



**Medinforma**  
**segreteria@medinforma.eu**  
**Tel. 392.9347753**  
[www.medinforma.eu](http://www.medinforma.eu)