A.I.S.O.

I° Evento Regione Sardegna

L'Infermiere di Sala Operatoria tra Competenze, Responsabilità e Formazione

Cagliari, 15 giugno 2019

Caesar's Hotel Via Darwin, 2 Cagliari

SCHEDA ISCRIZIONE

Cognome_____ Nome_____

Data di nascita_____/____/_____ Luogo di nascita_____ Prov._____

Indirizzo_____ n°_____

CAP_____Città_____ Prov._____

Tel._____Fax_____Cell:_____

E-mail_____

Codice Fiscale /____ /____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/

Professione _____

Azienda di appartenenza_____

Ospedale/Unità Operativa/Distretto_____

Data_____ Firma_____

Modalità di iscrizione

- ✓ Soci A.I.S.O. → iscrizione gratuita
- ✓ Non soci A.I.S.O. → iscrizione Congresso + iscrizione all'Associazione € 40,00
- ✓ Non soci A.I.S.O. → iscrizione Congresso € 40,00

Pagamento a mezzo bonifico bancario su C.C. intestato a n° 4961- QUI UBI Banca
IBAN **IT 88S0311168873000000004961** della Filiale Civitanova Marche
Intestato ASSOCIAZIONE A.I.S.O. – Via A. Gramsci, 20 - 62018 Porto Potenza Picena - (MC)
Si prega di compilare in stampatello e inviare entro il **30.05.2019**
copia della ricevuta di versamento effettuato unitamente alla
scheda di iscrizione Congresso / iscrizione AISO al numero di
Fax 070 852053 o via **Mail: info@aisoinfermieri.com.**

Informativa sulla Privacy

La informiamo che, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 i dati personali forniti attraverso la compilazione della presente scheda d'iscrizione, potranno formare oggetto di trattamento in relazione allo svolgimento di questo evento. I dati, il cui conferimento è facoltativo, ma indispensabile ai fini amministrativi, verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e la riservatezza. L'ambito di trattamento sarà limitato al territorio italiano e i dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a soggetti che in collaborazione con il titolare partecipano all'organizzazione di questa iniziativa compresa la Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina.
Il sottoscritto_____dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui al Regolamento UE 679/2016 ed esprime il suo consenso previsto dagli articoli 23 e ss della citata legge, al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa.

Data,_____ Firma_____