

DERMATITE ATOPICA dell'ADULTO



SI DESIDERA PARTECIPARE A:

- VENEZIA, 29 Settembre 2019
 ROMA, 12 Gennaio 2019
 SALERNO, 19 Giugno 2019

Si richiedono i crediti ECM SI NO

Cognome _____ Nome _____

ORDINE _____ CITTÀ DI ISCRIZIONE: _____ NUMERO DI ISCRIZIONE: _____

Ruolo PARTECIPANTE LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO PRIVO DI OCCUPAZIONE

Professione _____

Disciplina _____

Sede di lavoro _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Città _____ Pr. _____ Tel. lavoro _____

Cell. _____ Fax _____ E-mail _____

Nato a _____ il _____

Codice fiscale

Indirizzo privato _____

C.A.P. _____ Città _____ Pr. _____ Tel. _____

Fax _____ E-mail _____

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

L'iscrizione é riservata agli iscritti. Si chiede cortesemente di compilare la scheda di iscrizione pubblicata su www.adoi.it e www.italymeeting.it ed inviarla alla segreteria organizzativa Italymeeting srl - info@italymeeting.it - fax +39 081 8071930

Preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei Dati all'indirizzo sotto indicato, autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 e 14 del Regolamento Europeo sulla Privacy 2016/679, sino a revoca scritta da parte mia, ad opera della ITALYMEETING srl, con sede in Sorrento alla Via Parsano, 6/b e Spoleto in Via S. Agata, 8, nei limiti di detta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto della vigente normativa. L'informativa completa è disponibile sul sito www.italymeeting.it/privacy.pdf

Data _____ Firma _____

Autorizzo l'invio di informazioni relative ad altri eventi o iniziative di potenziale interesse.

SI NO

SCHEDA DI ISCRIZIONE