



Sede operativa: Via Paolo Emilio, 7 00192 Roma

T. 0687756028 – Fax 0687758886

corsiecm@alfafcm.com

SCHEDA DI ISCRIZIONE

LA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE: DAL RAPPORTO GIURIDICO ALL'ALLEANZA TERAPEUTICA

Evento n. 3282 – 112628

Roma, 13 dicembre 2014

*Nome: _____ *Cognome _____

Indirizzo: _____ CAP: _____

Città: _____ Prov.: _____

*Tel _____ Cell _____

Fax _____ *E-mail: _____

*CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Luogo e data di nascita _____

Ente di appartenenza _____

*Professione e Specializzazione: _____

*Iscrizione all'Ordine/Collegio/ASS. _____ Num. _____

Intendo far richiesta dei crediti ECM in qualità di:

Medico Chirurgo* (tutte le discipline accreditate)

*Disciplina di riferimento _____

SOCIO GALENO SI NO

Informativa ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 196/2003: i suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, al fine di documentare la sua partecipazione alla manifestazione e a trattamenti derivati da obblighi di legge. Essi saranno comunicati a fornitori di servizi inerenti la manifestazione per il disbrigo delle pratiche relative all'organizzazione della stessa. Il conferimento dei dati a tali fini è obbligatorio ed essenziale per la sua partecipazione alla manifestazione. Il titolare dei dati è la Alfa FCM Srl. A lei competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 T.U. Preso atto dell'informativa di cui sopra consento al trattamento dei miei dati personali e alla loro comunicazione per le finalità sopra indicate.

Luogo: _____

Data _____

Firma _____

*campi obbligatori