NUOVI ORIZZONTI IN REUMATOLOGIA EARLY ARTHRITIS CLINIC
LA GESTIONE DELLE SPONDILOARTRITI
13 Ottobre 2012 - Reggio Calabria

Scheda di Iscrizione

Cognome…….....…….....……

Nome…….…….....……

Luogo di Nascita ……Data di Nascita ……

Codice Fiscale …….…….....……

Qualifica : □ Medico □ Biologo □ Farmacista □ Infermiere
□ Convenzionato □ Dipendente □ Libero Professionista

Disciplina o Specialità ……

Struttura di Appartenenza ……

Telefono **…….....**cellulare…….....…….....

email ……

Indirizzo…… Cap…… Città ……

Sarà rispettato l'ordine cronologico delle iscrizioni.

Sottoscrivendo il presente modulo si dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 (Codice in materia di dati personali) e si esprime in merito il consenso al trattamento di cui agli artt. 23 e 24 del citato decreto ed alla eventuale comunicazione dei dati personali secondo le modalità indicate dalla Vostra società all'art. 5 della suddetta informativa.

Firma..... Data.....

Da inviare alla Segreteria Organizzativa via e-mail: rosa.felicetti@tin.it