



CANNABIS TERAPEUTICA

Codice di Riferimento n. 2635-95829 - Crediti ECM 8

N.B. SI PREGA DI COMPILARE LA SEGUENTE SCHEDA IN OGNI SUA PARTE SCRIVENDO IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE IN STAMPATELLO

DATI PERSONALI

Cognome e Nome:

Luogo e Data di nascita:

Città di residenza: Prov:

Indirizzo:N°..... Cap:

Tel: Fax:

Cell: E-mail:

Codice fiscale:

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

Professione :

(specificare: medico, biologo, tecnico lab. ecc)

Disciplina/Specializzazione :

Numero iscrizione Ordine/Albo Professionale Provincia di

Posizione in ambito professionale:

Libero professionista Dipendente Altro specificare _____

Struttura di appartenenza:

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione Sociale:

Indirizzo:N°.....

Città: Prov: Cap:

P. IVA:

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

e/o

Codice fiscale:

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

CONDIZIONI GENERALI



CANNABIS TERAPEUTICA

Codice di Riferimento n. 2635-95829 - Crediti ECM 8

1. Modalità di iscrizione

• L'iscrizione verrà considerata completa all'atto del ricevimento da parte della Segreteria Organizzativa della documentazione sotto elencata, da inviare a mezzo fax al numero 090.8960401 oppure all'indirizzo e-mail: segreteria@formazioneecultura.it

a) Scheda d'iscrizione compilata in ogni sua parte e firmata per accettazione delle condizioni generali.

b) Copia della documentazione attestante l'avvenuto pagamento della quota di iscrizione all'evento formativo.

2. Modalità di pagamento

La quota d'iscrizione, € 40,00 deve essere versata in unica soluzione tramite:

• Bonifico bancario a favore di "Formazione e Cultura Srl" indicando il nominativo del partecipante e il titolo del Corso. Coordinate Bancarie IBAN IT15K061751650000000837480

• Assegno bancario non traferibile intestato a "Formazione e Cultura Srl" inviato tramite posta assicurata o consegnato alla Segreteria Organizzativa, previo appuntamento telefonico.

• In contanti direttamente alla Segreteria Organizzativa, previo appuntamento telefonico.

3. Facoltà di modifica e cancellazione dell'evento

• L'Organizzazione per ragioni organizzative e/o per sopravvenuti impedimenti, si riserva di:

- o annullare il corso;
- o rinviare la data di inizio;
- o sostituire i docenti;
- o modificare gli orari.

• Di tali eventuali cambiamenti l'Organizzazione darà tempestiva comunicazione agli iscritti.

• In caso di annullamento o di rinvio, l'Organizzazione avviserà gli iscritti entro 15 giorni dalla prevista data di inizio e restituirà entro i successivi 15 giorni la quota di iscrizione, senza ulteriori oneri e responsabilità.

4. Rinunce

• La rinuncia del corsista alla partecipazione all'evento formativo, dovrà essere comunicata per e-mail o fax almeno 30 giorni prima dell'inizio dell'evento formativo.

5. Responsabilità dei partecipanti

• I partecipanti sono tenuti a rispettare la normativa interna (firma registri, rispetto degli orari, ecc.).

6. Attestati

• L'Organizzazione richiede l'accreditamento per tutti gli eventi formativi rivolti agli operatori sanitari, secondo il Programma Nazionale per l'ECM.

• L'acquisizione dei crediti formativi è subordinata a:

- presenza per il 100% della durata dell'evento;
- superamento delle verifiche di apprendimento;
- compilazione del questionario sulla qualità del corso.

• Al termine del corso verrà rilasciato a tutti i partecipanti il certificato attestante i crediti ECM acquisiti.

7. Tutela dei dati personali

• I dati personali forniti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di formazione continua in medicina e in conformità al D.Lgs. n° 196/2003.

• Il partecipante può, in ogni momento, esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n° 196/2003 (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione al trattamento dei dati, etc.) inviando una richiesta scritta all'Organizzazione titolare del trattamento.

8. Controversie

Per ogni controversia sarà competente il Foro di Messina

Con la sottoscrizione della presente si dà il consenso espressamente a codesta Organizzazione, nonché a Enti e/o società esterne ad essa collegati, al trattamento dei propri dati personali per le finalità sopra indicate.

Data:

Firma: