

SCHEDA DI ISCRIZIONE ECM

COGNOME Dott _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ PROV _____

DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

CITTA ' _____ PROV _____ CAP _____

TELEFONO _____

C.F. _____ P.IVA _____

PEC _____ CODICE DESTINATARIO _____

PROFESSIONE _____ DISCIPLINA _____

ISCRITTO ALL'ORDINE _____ N _____

DIPENDENTE CONVENZIONATO LIBERO PROFESSIONISTA

E-mail _____

Data _____

Da compilare in tutte le sue parti e rendere alla segreteria organizzativa. La mancata restituzione o la compilazione incompleta comportano l'esclusione dalla registrazione per i crediti formativi ECM

I dati raccolti, in base alla legge n. 196 / 03 e al Regolamento UE 2016/679 saranno custoditi e gestiti per le sole informazioni relative allo svolgimento ed all'espletamento delle procedure relative al presente corso in seno all'attività di HHT Onlus e dell'Istituto di studi NOUS e/o finchè l'utente non ne chiederà la cancellazione

Ho capito ed accetto (firma) _____

Inviare iscrizione a: info@hhtonlus.org