

Giornate Mediche Città di Cava de' Tirreni IX edizione

Inviare al numero fax **0810104714** tel **08119203453/41**

Il sottoscritto chiede l'iscrizione a:

I parte 25 maggio 2017 <input type="checkbox"/>	II parte 9 e 10 giugno 2017 <input type="checkbox"/>
---	--

Professione	disciplina
<input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> farmacista	
<input type="checkbox"/> Medico Chirurgo	<i>(indicare la disciplina)</i>
<input type="checkbox"/> Odontoiatra (solo per i giorni 9 e 10)	

Nome _____ Cognome _____

Residenza in Via _____ N. _____

Cap _____ Città _____ prov. _____

Tel. _____ cell _____ Email _____

Codice Fiscale _____

nato a _____ (____) il _____

Dipendente **Convenzionato** **Libero professionista** **Privo Occupazione**

Iscritto all'Ordine/Associazione _____

collegio di _____ Nr _____

Informativa sulla Privacy: i dati personali forniti verranno trattati in rispetto ai sensi del D.Lgs. 196/2000, solo ai fini degli adempimenti relativi all'organizzazione del corso in oggetto, non saranno oggetto di diffusione ovvero di comunicazione alcuna. In qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003. Responsabili del trattamento dei dati sono la Coop. Cippus a r.l. Firma leggibile