



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

**Titolo del corso:** \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE:**

*I campi in **grassetto** sono obbligatori. Prestate attenzione alla corretta compilazione, poichè questi dati sono necessari al fine di una corretta certificazione.*

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_  
**NATO/A IL** \_\_\_\_\_ **A** \_\_\_\_\_ **PROV.** \_\_\_\_\_  
**C.F.** \_\_\_\_\_ **P.IVA** \_\_\_\_\_  
**INDIRIZZO** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_ **CITTÀ** \_\_\_\_\_  
**PROV.** \_\_\_\_\_ **EMAIL** \_\_\_\_\_ **TEL.** \_\_\_\_\_  
**FAX** \_\_\_\_\_ **CELL.** \_\_\_\_\_  
**FARMACIA DI APPARTENENZA** \_\_\_\_\_  
**RUOLO** \_\_\_\_\_ **DISCIPLINA** \_\_\_\_\_  
**INDIRIZZO FARMACIA** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_  
**CITTÀ** \_\_\_\_\_ **PROV.** \_\_\_\_\_ **TEL.** \_\_\_\_\_  
**FAX** \_\_\_\_\_

**DATI PER LA FATTURAZIONE** (barrare l'opzione prescelta)

O Desidero che la quota di iscrizione sia fatturata a me (è necessario compilare la scheda soprastante in ogni sua parte).

O Desidero che la fattura sia intestata a:

**RAG. SOCIALE** \_\_\_\_\_  
**INDIRIZZO** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_ **CITTÀ** \_\_\_\_\_  
**PROV.** \_\_\_\_\_ **C.F.** \_\_\_\_\_ **P.IVA** \_\_\_\_\_

**Modalità di pagamento:** bonifico bancario al seguente IBAN: IT12 Q089 2802 2000 1000 0023 082 specificando, nella causale del versamento, il titolo del corso e il nome e cognome del corsista.

***L'iscrizione sarà completata solo quando, assieme alla presente, sarà inviata via fax la copia della ricevuta di pagamento effettuato.***

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

**Informativa Legge 196/2003**

I dati personali sono trattati in forma automatizzata per l'esecuzione della prenotazione. Solo il conferimento dei dati può garantire l'esecuzione della registrazione. Titolare del trattamento è Medigroup Società Cooperativa, con sede in Via Fabio Filzi n. 4, 34132 Trieste. Il soggetto potrà esercitare i diritti di cui all'art.13 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.), rivolgendosi direttamente a Medigroup Società Cooperativa. I suoi dati personali non saranno comunicati a soggetti esterni, ad eccezione del Ministero della Salute al fine dell'accreditamento ECM quando previsto dal corso.

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

COMPILARE, FIRMARE E SPEDIRE VIA FAX AL n. 0481713227  
MEDIGROUP Società Cooperativa - Via Fabio Filzi n. 4, 34132 Trieste  
www.medigroup.it - segreteria@medigroup.it