

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da completare in ogni sua parte in stampatello ed inviare, insieme alla copia del bonifico, alla segreteria organizzativa  
Libera Accademia di Medicina Biologica  
via fax al numero 091.5556769  
o via mail a [info@accademiamedica.eu](mailto:info@accademiamedica.eu)



## MESTRE *c/o Holiday Inn*

*Venice Mestre Marghera  
Rotonda Romea, 1 Marghera (Venezia)  
24/25 Febbraio 2018  
24/25 Marzo 2018  
21/22 Aprile 2018  
19/20 Maggio 2018*

## TORINO

*c/o Hotel Luxor  
Best Western,  
Corso Stati Uniti 7  
03/04 Marzo 2018  
07/08 Aprile 2018  
05/06 Maggio 2018  
26/27 Maggio 2018*

## CAGLIARI

*c/o Caesar's Hotel  
Via Darwin 2/4  
  
17/18 Marzo 2018  
14/15 Aprile 2018  
12/13 Maggio 2018  
09/10 Giugno 2018*

## MILANO

*c/o Hotel Andreola  
via Domenico Scarlatti 24  
(Stazione Centrale)  
29/30 Settembre 2018  
27/28 Ottobre 2018  
17/18 Novembre 2018  
01/02 Dicembre 2018*

## COSTI DI ISCRIZIONE

*(entro il 31 Dicembre 2017) **420,00€ + IVA**  
(dopo il 31 Dicembre 2017) **500,00€ + IVA***

## COSTI DI ISCRIZIONE PER IL CORSO DI MILANO

*(entro il 31 Agosto 2018) **420,00€ + IVA**  
(dopo il 31 Agosto 2018) **500,00€ + IVA***

# SCUOLA SUPERIORE DI FORMAZIONE IN MEDICINA SISTEMICA

## SCHEDE DI ISCRIZIONE: CORSO DI PRIMO LIVELLO

Da completare in ogni sua parte in stampatello ed inviare, insieme alla copia del bonifico, alla segreteria organizzativa Libera Accademia di Medicina Biologica via fax al numero 091.5556769 o via mail a info@accademiamedica.eu

### DATI DEL PARTECIPANTE

Cognome .....

Nome .....

Luogo di nascita ..... Data .....

C.F. ....

Professione .....

Disciplina .....

Attività  Libero Professionista  Dipendente ( Ente di appartenenza .....

Medico in Convenzione

Iscriz. all'Ordine/Collegio/Associazione Prof .....N. ....

Indirizzo di residenza ..... N. ....

Città .....

CAP ..... Prov .....

Tel ..... Fax .....

Cell. ....

P.Iva .....

E-mail .....

**Dati di fatturazione (se diversi dai dati di residenza)**

Intestazione .....

Indirizzo ..... N. ....

Città .....

CAP ..... Prov .....

P.Iva .....

*n.b. la fattura sarà emessa al saldo della quota*

**SEDE:** selezionare la sede scelta  MESTRE  TORINO  CAGLIARI  MILANO

### MODALITÀ PAGAMENTO:

• **ASSEGNO** INTESTATO A: *Libera Accademia di Medicina Biologica*

• **BONIFICO BANCARIO** A FAVORE DI: *Libera Accademia di Medicina Biologica*

Banca Intesa San Paolo Palermo **IBAN IT93H030690462300000005433**

### INSERIRE NELLA CAUSALE:

Iscrizione corso di Primo Livello in Medicina Sistemica, specificando nome e cognome del partecipante e la sede scelta.

### LEGGE SULLA PRIVACY - AI SENSI DEL D.LGS 196/2003

Vi informiamo che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 i dati personali sopra forniti attraverso la compilazione della presente scheda di iscrizione, potranno formare oggetto di trattamento in relazione allo svolgimento di questo evento. I dati, il cui conferimento è facoltativo, verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e riservatezza. L'ambito di trattamento sarà limitato al territorio italiano e i dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a: 1. soggetti che in collaborazione con il titolare abbiano partecipato all'organizzazione di questa iniziativa; 2. soggetti che partecipano a questa iniziativa come relatori; 3. Enti collegati. I dati verranno trattenuti per tutta la durata e anche successivamente per l'organizzazione e lo svolgimento di analoghe iniziative. Voi potrete in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 7 e ss. del D.Lgs 196/2003 e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettifica, l'aggiornamento e l'integrazione dei vostri dati, nonché apporvi al loro utilizzo per le finalità indicate. Titolare dei sopraindicati trattamenti è Akesios Group Srl, con sede in Via A. Viola, 9 - Parma. Responsabile del trattamento è l'Amministratore Delegato di Akesios Group Srl. I dati saranno trattati dagli incaricati appartenenti alle seguenti aree: Organizzazione Congressi, Amministrazione, Segreteria, Direzione.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto, dichiarando di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 essendo a conoscenza delle informazioni ivi contenute, in particolare, con riguardo alle finalità ed alle modalità del trattamento ivi specificate, nonché dei soggetti a cui i dati possono essere comunicati o trasferiti,

concede il consenso  non concede il consenso DATA ..... FIRMA .....

### CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI

Il sottoscritto, dichiarando di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 essendo a conoscenza delle informazioni ivi contenute, in particolare, con riguardo alle finalità ed alle modalità del trattamento ivi specificate, nonché dei soggetti a cui i dati possono essere comunicati o trasferiti,

concede il consenso  non concede il consenso DATA ..... FIRMA .....

CON IL PATROCINIO DI



PROVIDER

