

MODULO PRE-ISCRIZIONE*(duplicabile per ciascun corso)*

_____ (luogo e data)

Il/La sottoscritto/a **chiede di essere iscritto/a** al seguente Corso ECM:

Corso n. _____	Rif. ECM _____
Titolo _____	
Sede _____	Data _____

e fornisce i seguenti dati:

Dati personali obbligatori per la pratica E.C.M.	
Cognome e nome _____	
Professione _____	Via _____ N. _____
Cap _____	Città _____ Prov. _____
Tel. _____	Fax _____
E-mail _____	Luogo e data di nascita: _____
Codice fiscale _____	

Dati per la fatturazione ed il pagamento	
Ragione sociale _____	Partita IVA _____
(Oppure) Cognome e Nome _____	Codice Fiscale _____
Via _____	N. _____
Cap _____	Città _____ Prov. _____
Tel. _____	Fax _____
E-mail _____	
Numero telefonico per comunicazioni urgenti _____	

Alla conferma della iscrizione e comunque **entro il giorno del corso** il/la sottoscritto/a **eseguirà il pagamento** della **QUOTA DI ISCRIZIONE** prevista con le seguenti modalità:

- bonifico bancario** intestato a CE.DI.FAR. S.p.A. sul Conto Corrente Bancario :
codice IBAN: **IT70 Y 03336 02400 000000000313**
presso Credito Bergamasco – Filiale di Corticella (BO) indicando come causale:
“Quota iscrizione corso ECM (INDICARE CODICE CORSO O TITOLO) EDIZIONE del (INDICARE DATA CORSO)”
- rimessa diretta in **contanti** o con **assegno bancario non trasferibile** intestato a CE.DI.FAR. S.p.A..

Firma _____

In base al D.Lgs 196/2003 autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai soli fini del rapporto con il Ministero della Salute, in relazione all'accREDITAMENTO ECM.

Firma _____

Inviare il seguente modulo, compilato in tutte le sue parti, alla Segreteria organizzativa:

Via Fax al Numero: 051/576471
Per Posta indirizzata a: CE.DI.FAR. S.p.A. Via del Lavoro 71 Casalecchio di Reno (BO)
Per e-mail all'indirizzo: cedifar@cedifar.com