

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 _____ | |

Il pagamento della quota di iscrizione deve essere effettuato entro il giorno precedente all'evento 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 |
|---|