ATCN

ADVANCED TRAUMA CARE FOR NURSES

III EDIZIONE: 8 ottobre 2019

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome_____Nome_____

Richiesta crediti ECM ☐ SI ☐ NO

Professione ☐ Infermiere ☐ Ostetrica ☐ Farmacista

☐ Medico (disciplina_____)

Azienda Ospedaliera _____

_____Città_____Prov_____

☐ **Allego copia bonifico di € 502,00 (esente IVA)**

DATI PERSONALI

Data di nascita _____Luogo di nascita_____Prov_____

CF /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Indirizzo Privato_____n. civico_____

Cap_____Città_____Prov_____

Tel_____Cell_____

E-mail*_____@_____

* è necessario inserire un indirizzo mail per ricevere conferma dell'avvenuta iscrizione ed eventuali comunicazioni.
Si prega di scrivere in modo leggibile.

DATI FATTURAZIONE

☐ **coincidono con i DATI PERSONALI (NON compilare il riquadro sotto)**

☐ **diversi dai DATI PERSONALI (si prega di compilare il riquadro sotto)**

RAGIONE SOCIALE_____

INDIRIZZO: _____

CAP _____ CITTA' _____PROV. _____

P.IVA / COD.FISC. _____

*Si prega di compilare i dati di fatturazione con estrema attenzione. Una volta emessa, **la fattura NON è più modificabile.***

Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali da parte della Segreteria Organizzativa e del Provider E.C.M, anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.

Data_____ Firma_____

Da inviare alla Segreteria Organizzativa via mail (congressi@smatteo.pv.it) o via fax (0382 502508) entro il 29 settembre

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia