

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il partecipante deve compilare e firmare il modulo in ogni sua parte senza omissioni e in stampatello, pena l'invalidazione dell'iscrizione. Tutti i campi sono obbligatori.



EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Titolo dell'evento _____

Data/e dell'evento _____

Luogo dell'evento _____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita ____ ____ ____ Luogo di nascita _____ (____)

Indirizzo _____

Codice fiscale _____

Città _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

e-mail _____

Professione _____

Disciplina _____

☐ Libero Professionista ☐ Dipendente ☐ Convenzionato

Reclutamento diretto da parte dello sponsor ☐ SI ☐ NO

Nome dello Sponsor _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della normativa GDPR (ex art.13 Reg. UE 2016/679).
Informativa completa sul sito <http://www.collage-spa.it>

Dà il consenso ☐ Nega il consenso ☐

Luogo

Data

Firma