UROLOGY IN 2012

WHAT'S IN AND WHAT'S NEW

PISA • OCTOBER 11-12, 2012

CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE

SCHEDA DI ISCRIZIONE

LA PRESENTE SCHEDA DI ISCRIZIONE DEVE ESSERE INVIATA DEBITAMENTE COMPILATA, CONTROFIRMATA E CORREDATA DALLA COPIA DELL'AVVENUTO BONIFICO (SE NON SI AUTORIZZA IL PRELIEVO TRAMITE CARTA DI CREDITO) A CONGRESS LAB:
VIA E-MAIL: info@congresslab.it **VIA FAX: +39 055 5539741**

DATI PER L'ISCRIZIONE

COGNOME ..... NOME .....

INDIRIZZO ..... CAP .....

CITTÀ ..... PROV. .....

TELEFONO ..... FAX ..... CELL. .....

CODICE FISCALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ PARTITA IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
→ OBBLIGATORIO AI SENSI DEL DECRETO LEGGE BERSANI 248/06 → OBBLIGATORIA SE ESISTENTE

E-MAIL .....
→ OBBLIGATORIO PER RICEVERE INFORMAZIONI E AGGIORNAMENTI INERENTI AL CONVEGNO

DATI PER LA FATTURAZIONE (SE DIVERSI DA QUELLI PERSONALI)

RAG. SOCIALE ..... PARTITA IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
→ OBBLIGATORIA SE ESISTENTE

NDIRIZZO ..... CAP .....

CITTÀ ..... PROV. .....

RICHIEDO L'ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI

	ENTRO IL 27/07/2012	DOPO IL 28/07/2012
MEDICO	☐ € 360,00	☐ € 425,00
MEDICO SOCIO SIA	☐ € 325,00	☐ € 385,00
MEDICO SOCIO SIU	☐ € 325,00	☐ € 385,00
STUDENTE/SPECIALIZZANDO	☐ € 250,00	☐ € 290,00

MODALITÀ DI PAGAMENTO

☐ **Bonifico bancario** (di cui invio copia allegata)
intestato a: ***CONGRESS LAB srl***
UNICREDIT BANCA – IBAN: IT33F0200809432000500023796
Si prega di riportare sul Bonifico l'indicazione
"***Congresso Urology 2012***"+ Nome e Cognome dell'iscritto

☐ **Carta di credito**
☐ AMERICAN EXPRESS
☐ VISA
☐ MASTERCARD

INTESTATA A .....

NUMERO CARTA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DATA DI SCADENZA ☐☐ ☐☐

IMPORTO € .....

FIRMA INTESTATARIO .....
PER AUTORIZZAZIONE AL PRELIEVO

Informativa sulla Privacy ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

Ai sensi del D.lgs n. 196/03 si informa che i Suoi dati personali saranno trattati mediante elaborazioni manuali o strumenti elettronici o automatizzati, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati personali, per finalità connesse allo svolgimento dell'evento. Il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario: la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle prestazioni richieste.
I Suoi dati saranno trattati da personale incaricato (addetti di amministrazione, di segreteria, del Provider) e potranno essere comunicati a soggetti ai quali la comunicazione risulti necessaria per legge, al Ministero della Salute ai fini ECM, a soggetti connessi allo svolgimento dei servizi relativi all'evento. Previo consenso, i suddetti dati potranno essere utilizzati anche per informarLa dei nostri futuri eventi. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/2003 in particolare, il diritto di accedere ai Suoi dati personali, chiederne rettifica, aggiornamento e/o cancellazione, rivolgendo richiesta a Congress Lab - Via Lamarmora 36 – 50121 Firenze – info@congresslab.it

Autorizzo **Congress Lab** ad utilizzare i miei dati personali in osservanza della legge sulla tutela della riservatezza dei dati personali (D.Lgs. N.196/2003): ☐ Si ☐ No

Data ..... Firma .....