



Ideas group s.r.l.  
Firenze

Tel. +39 055.2302663  
Fax +39 055.5609427

Visita il nostro sito:  
[www.ideasgroup.it](http://www.ideasgroup.it)

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

da compilare ed inviare  
via mail a [iscrizioni@ideasgroup.it](mailto:iscrizioni@ideasgroup.it)  
via fax al numero 055.5609427

Titolo corso "COACHING: IL PROFESSIONISTA SANITARIO DI OGGI"

Città BOLOGNA

Data 23 Maggio 2014

Quota di iscrizione 50,00 €

Pausa pranzo 10,00 €  SI  NO

### Dati obbligatori per attribuzione crediti formativi ECM

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

### Dati per la fatturazione

Intestata a \_\_\_\_\_

Codice fiscale / Partita IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

### Pagamenti

La quota di iscrizione dà diritto a: partecipazione al corso, coffee break, kit congressuale, attestato di partecipazione. I pagamenti potranno essere effettuati tramite bonifico bancario a favore di:

**Ideas Group srl - c/o Intesa San Paolo / CR Firenze – codice Iban IT13 B061 6002 8951 0000 0016 220**

Priva di oneri bancari per il beneficiario. Specificare nella causale del bonifico TITOLO E DATA del Corso ed il proprio nome, ed inviare copia della reversale bancaria al numero di fax 0555609427.

### Autorizzazione al trattamento dei dati personali

I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al Corso e per l'erogazione dei servizi connessi (Crediti ECM). L'autorizzazione al trattamento dei vostri dati è obbligatoria e in sua assenza non sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art.7 del decreto Legislativo 196/2003. I dati verranno comunicati esclusivamente al Ministero della Salute per l'espletamento della pratica ECM.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_