

SCHEMA DI ISCRIZIONE

da compilare ed inviare
via mail a iscrizioni@ideagroup.it
via fax al numero 0555609427

Titolo corso **“SEPARAZIONI E PERDITE TRAUMATICHE: PERCORSI RIPARATIVI IN PSICOTRAUMATOLOGIA”**

Città **Firenze – Boscolo Hotel Astoria**

Data **24 Ottobre 2015**

Quota di iscrizione ECM **€ 100,00**

Quota di iscrizione **NO ECM € 80,00**

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, kit congressuale, attestato di partecipazione. Non sono previsti coffee break e lunch. 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

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 _____