

WORKSHOP

ENERGIA IN CHIRURGIA

Master di strumentista
e responsabile di sala operatoria
Il Università degli Studi di Napoli

Scheda di Iscrizione

Da compilare in caratteri leggibili e inviare via fax o e.mail a:

WECONGRESS Parco Tasso, 20 80067 Sorrento (NA)
T. 081 8071981 F. 081 8773534 E. info@wecongress.it

Titolo.....Nome*.....Cognome*.....

Ospedale/Ente di appartenenza*.....

Disciplina*.....

Medico-chirurgo

Specializzando

Data di Nascita*.....Luogo di Nascita*.....

Indirizzo di residenza* Via.....N° civico.....

Città.....Cap.....Prov.....

Telefono*.....Cellulare.....Fax.....

E.mail*.....

Codice Fiscale*.....

I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori.

Si prega di compilare in caratteri leggibili e firmare il presente modulo.

Wecongress non assume responsabilità per errata e non chiara comunicazione dei dati anagrafici.

Tutti i dati personali saranno trattati nel rispetto della L. 196/2003.

DI nr. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali). Wecongress tratta i dati di cui dispone al solo fine dello svolgimento dei rapporti con Lei intercorsi. In relazione a tale trattamento potete esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 del dl nr. 196/2003 prendendo contatti con i nostri uffici.

CONSENSO al trattamento

I dati forniti con il presente modulo potranno essere da noi utilizzati per inviarLe comunicazioni, documentazioni, aggiornamenti o atti del convegno, programmi formativi o altre informazioni anche promozionali relative alle nostre attività istituzionali.

Per queste specifiche finalità abbiamo bisogno di acquisire il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati, che potrà esprimere apponendo in calce alla presente la Sua firma.

ACCONSENTO

Data.....

Firma.....