



COGNOME _____ NOME _____
CODICE FISCALE (obbligatorio) _____
OSPEDALE/ISTITUTO/UNIVERSITÀ/etc. _____
QUALIFICA _____
VIA _____ N. _____
CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____
TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Scelta Gruppo di approfondimento:

Gruppo Giallo Gruppo Rosso Gruppo Azzurro

La quota di iscrizione al corso è di euro 350 (esente IVA), la quota per il soggiorno è di euro 450 + iva.
Il corso è a numero chiuso.

corso soggiorno

DATI PER LA FATTURAZIONE (obbligatorio)

NOME/RAGIONE SOCIALE _____
INDIRIZZO _____
CAP _____ CITTÀ _____
PEC _____
CODICE FISCALE/P.IVA (obbligatorio) _____

Modalità di pagamento

Causale descritta (Nome, Cognome, Congresso Children 2019)
IBAN IT 89 H 03069 04013 100000004577 intestato a Sanitanova S.r.l.
BIC/SWIFT: BCITITMM

In conformità del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento General Data Protection Regulation (GDPR) (EU) 2016/679, La informiamo che i dati raccolti saranno utilizzati per la registrazione al congresso e per l'invio di programmi scientifici. In relazione al trattamento dei dati personali, Lei potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento General Data Protection Regulation (GDPR) (EU) 2016/679 tra cui, a mero titolo esemplificativo, l'aggiornamento, l'integrazione, la rettificazione, la cancellazione dei dati trattati in violazione della legge, l'opposizione al trattamento dei dati per motivi legittimi, scrivendo a: privacy@sanitanova.it

Data _____ Firma _____