



ISTITUTO G.GASLINI

# SCHEDA DI ISCRIZIONE



## COMPLETARE TUTTI I CAMPI E IN MODO LEGGIBILE

Inviare alla Segreteria Organizzativa (*Lena Cosulich*) entro il 17 marzo 2010  
Tel.: 010/5636.805/554, Fax: 010/3776590, e-mail: lenacosulich@ospedale-gaslini.ge.it

**Titolo evento: V corso teorico-pratico in Dermatologia Pediatrica: Pediatri e Dermatologi a confronto**

**Codice Evento (ID): 892**

**Rif. E.C.M. n°: 693-**

**Sede: Grand Hotel Garden Lido - Loano (SV)**

**Data: 17 aprile 2010**

**COGNOME**..... **NOME**.....

*Indirizzo privato:* via ..... n°.....

CAP.....Città.....Prov ..... Tel..... Cell.....

Fax..... e-mail .....

Ente/Istituto.....U.O./Reparto.....

*Indirizzo di lavoro:* via..... n°.....

CAP..... Città ..... Prov ..... Tel..... Cell. ....

Fax..... e-mail .....

Data di nascita.....Luogo di nascita.....

Codice fiscale .....

Professione .....Disciplina .....

### **CAMPI OBBLIGATORI**

#### **INDICAZIONI PER LA FATTURAZIONE**

La fattura relativa alla quota dovrà essere intestata a:

.....

Via.....n°.....CAP.....Città.....

**P.IVA/CF (se coincidono):** \_\_\_\_\_

**e CF (se non coincidono):** \_\_\_\_\_

**chi possiede sia il CF sia la P.IVA, deve specificare entrambi**

ed inviata:

all'indirizzo privato .....

all'indirizzo di lavoro .

altro \_\_\_\_\_

%



ISTITUTO G.GASLINI

# SCHEDA DI ISCRIZIONE



## PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE

Quota di iscrizione: euro [\*]**105,00** da versare entro 5 giorni dalla conferma dell'accettazione da parte della Segreteria tramite

### A) Carta di credito:

American Express  - Eurocard  - Maestro  - Mastercard  - Visa

CARTA N. ° \_\_\_\_\_ DATA DI SCADENZA \_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/YY)

SOMMA AUTORIZZATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

### B) Bonifico bancario a :

*Istituto Giannina Gaslini*, conto numero 4632/90 (non accessibile tramite internet)

Banca CaRiGe SpA, Agenzia 58, sportello Gaslini. -IBAN IT43Y0617501583000000463290

**IMPORTANTE:** Indicare come causale *“Iscrizione al V corso di dermatologia pediatrica”*.

e trasmettere copia bonifico via fax insieme alla scheda

### C) Assegno bancario

intestato all'Istituto G. Gaslini e inviato alla Segreteria Organizzativa SISP, Direzione Scientifica, IRCCS Istituto G. Gaslini, l.go G. Gaslini, 5, 16147 Genova insieme alla scheda

\* La quota può essere rimborsata solo a fronte di pre-avviso ricevuto entro 5 gg. dalla data di inizio dell'evento.

**Art. 13, D.lgs. n. 196/2003 Tutela della riservatezza.** I dati da Lei comunicati sono riservati e verranno trattati al solo scopo di prestare il servizio in oggetto inclusa l'attribuzione dei crediti ECM. Verranno pertanto trasmessi alla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina e conservati nella base dati della SISP per informarla sui prossimi eventi SISP e riutilizzati per Sue future partecipazioni ad eventi SISP. Barrare qui se desidera far cancellare i Suoi dati dalla base dati SISP   
Il titolare del trattamento e' l'Istituto G. Gaslini, L.go G. Gaslini 5, 16147 Genova, cui si potrà rivolgere per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della legge sopraccitata (accesso, correzione, cancellazione dei dati, ecc.).

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