



Scheda d'iscrizione da inviare alla
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
 **concerto srl**
Calata San Marco, 13 80133 Napoli
tel. +39 081 19569195 fax +39 081 2140448
info@concertosrl.net www.concertosrl.net

LE ALLEANZE TERAPEUTICHE IN PSICO-ONCOLOGIA

II EDIZIONE: PSICO-ONCOLOGIA NEL CICLO DI VITA

Napoli, Scuola di Area Medica, Seconda Università degli Studi di Napoli

14 – 15 novembre 2014

Sono interessato/a ai crediti ECM: Si No

Prof./Prof.ssa Dr./Dr.ssa Sig./Sig.ra

Medico Psicologo Tecnico della riabilitazione psichiatrica

Libero Professionista Dipendente Convenzionato Privo occupazione

Cognome..... Nome.....

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

Via..... N. civico.....

Città..... Prov..... Cap.....

Tel..... Fax.....

E-mail..... Cell.....

Specializzazione N. iscr. Ordine.....

Codice Fiscale..... P. IVA.....

Quota iscrizione Soci SIPO € 40,00 + IVA 22%

Quota iscrizione NON Soci € 50,00 + IVA 22%

N.B. Le iscrizioni si accettano fino al giorno 07/11/2014. Successivamente, potranno essere effettuate solo in sede di congresso, con un supplemento di Euro 20,00. Il congresso è a numero chiuso per quanto riguarda i crediti ECM, le iscrizioni saranno accettate, solo se accompagnate dal pagamento della relativa quota, in base all'ordine di arrivo. La Segreteria Organizzativa invierà e-mail di conferma o di mancata accettazione dell'iscrizione. La mancata partecipazione ai lavori, se non comunicata entro il 07/11/2014, non darà diritto alla restituzione della somma versata.

I pagamenti potranno essere effettuati tramite:

- assegno bancario o circolare "non trasferibile" intestato a: **concerto srl**

- bonifico bancario a favore di **concerto srl** c/o: Monte Paschi Siena Ag. Napoli 00 – IBAN IT34V0103003400000063157340

La rimessa dovrà essere priva di oneri bancari per il beneficiario. Specificare nella causale del bonifico "Le alleanze terapeutiche in psico-oncologia", nome, cognome, professione ed inviare copia della reversale bancaria al numero di fax 0812140448 o via mail

a info@concertosrl.net

- carta di credito Visa Mastercard n. carta scad..... CVV.....

titolare..... data..... firma.....

Desideriamo informarLa che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, l'Organizzatore procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa in materia di tutela del trattamento dei dati personali. Il conferimento dei dati, nonché il consenso al trattamento sono obbligatori; la mancata e/o incompleta compilazione dei moduli potrà determinare il non inserimento nelle pratiche ECM e, conseguentemente, la mancata attribuzione dei crediti. I dati saranno comunicati alla AGENAS ed al COGEAPS per il rilascio dei crediti ECM. In caso di iscrizioni sponsorizzate, gli stessi dati potranno essere inviati anche allo sponsor, per l'eventuale invio di altri materiali di aggiornamento, di informazione e per indagini statistiche, sempre comunque correlati al corso. Gli stessi dati potranno altresì essere utilizzati dall'organizzatore per l'eventuale invio di altri materiali di aggiornamento, di informazione e per indagini statistiche in ambito scientifico. In ogni caso i suoi dati, al di fuori delle ipotesi qui espressamente riportate, non saranno né diffusi, né trasferiti all'estero.

Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto all'accesso, aggiornamento, cancellazione, opposizione al trattamento, rivolgendosi al responsabile del trattamento dei suoi dati. Titolare del trattamento è: concerto srl – Calata San Marco, 13 – 80133 Napoli

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei miei dati e firmando il presente modulo esprimo il consenso al loro trattamento.

data..... firma.....

N.B. Si prega di compilare la scheda in maniera leggibile. Concerto Srl declina ogni responsabilità per la mancata assegnazione dei crediti ECM dovuta ad errori di inserimento dell'anagrafica del partecipante.