

<p>ISTITUTO G.GASLINI</p>	<h1>SCHEMA DI ISCRIZIONE</h1>	
---------------------------	-------------------------------	---

**COMPLETARE TUTTI I CAMPI E IN MODO LEGGIBILE**

Inviare alla Segreteria Organizzativa entro il \_\_\_\_\_

Tel.: 010/5636.805/554, Fax: 010/3776590, e-mail: sisp@ospedale-gaslini.ge.it

**Titolo evento:** \_\_\_\_\_

**Codice Evento (ID):** \_\_\_\_\_ **Rif. E.C.M. n°:** \_\_\_\_\_

**Sede:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

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

Indirizzo privato: .....

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

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

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

Indirizzo di lavoro:.....

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.....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 \_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;">ISTITUTO G.GASLINI</p>	<h1 style="color: cyan;">SCHEMA DI ISCRIZIONE</h1>	
---	--	---

**Pagamento quota iscrizione**

Quota di iscrizione: euro [\*]..... 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 IT43Y06175015830000004632690

IMPORTANTE: Indicare come causale "Iscrizione al corso [\*]

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, I.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 sopracitata (accesso, correzione, cancellazione dei dati, ecc.).

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