



ISTITUTO G.GASLINI

# SCHEDA DI ISCRIZIONE



Inviare alla Segreteria Organizzativa (Claudia Olcese) **entro il 14 agosto 2007**  
Tel.: 010/5636.805/554, Fax: 010/3776590, e-mail: claudiaolcese@ospedale-gaslini.ge.it

**Titolo evento: GASLINI CHALLENGE 4: L'analisi del movimento in clinica**

**Codice Evento (ID): 698**

**Rif. E.C.M. n°: 693-**

**Sede: Badia Benedettina della Castagna**

**Data: 17-21 settembre 2007**

COGNOME.....NOME.....

Indirizzo privato: .....

CAP.....Città.....Prov.....

Tel.....Cell.....Fax.....

e-mail.....

Ente/Istituto.....

Indirizzo di lavoro:.....

CAP.....Città.....Prov.....

Tel.....Cell.....Fax.....

**Ai fini dell'accreditamento E.C.M., gli iscritti Italiani sono pregati di includere i seguenti dati:**

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

Codice fiscale .....

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

### Indicazioni per la fatturazione

La fattura relativa alla quota di dovrà essere **intestata** a:

.....

Via.....CAP.....Città.....

P.IVA/CF.....

ed inviata all'indirizzo: privato  all'indirizzo di lavoro

altro:.....

### Pagamento quota iscrizione

Quota di iscrizione: € **605,00** (NON Soci SIAMOC) e € **505,00** (Soci SIAMOC) entro il 14 agosto 2007 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. - Cod. ABI 6175 - CAB 1583

**IMPORTANTE:** Indicare come causale "Iscrizione al corso **"Gaslini Challenge 4"**

e inviare copia bonifico via fax insieme alla scheda

**C) Assegno bancario**, intestato all'Istituto G. Gaslini e inviato alla Segreteria Organizzativa, 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.....