

SPONSOR:	unitamente ai propri dati anagrafici (cognome, nome, codice fiscale, dipendente/libero professionista, professione, disciplina, nome sponsor). Si rammenta al partecipante professionista sanitario il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento acquisibili mediante reclutamento diretto dallo sponsor.
IL PARTECIPANTE PROFESSIONISTA SANITARIO È SOCIO SIOMMMS UNDER 35	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI* * "borsa di studio" riservata esclusivamente ai soci SIOMMMS under 35

QUOTA ISCRIZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO	€ 400,00 (esclusa IVA) <u>Modalità di pagamento:</u> Mediante bonifico bancario intestato a: MuseiOn Soc. Coop. - Viale Trieste, 144 - 63900 Fermo (FM) P.IVA 01658500440 Banca Carifermo: IBAN IT66 S061 5069 459C C030 0010 541 Pagamento effettuato da: <input type="checkbox"/> Sponsor _____ <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> ASL _____ Specificando in causale: Nome e Cognome del partecipante, luogo e data del corso. Dati per l'eventuale emissione della fattura: - Se a carico dell'ASL, allegare lettera di Autorizzazione e di Esenzione IVA ai sensi dell'art.10 D.P.R. 633/72 - Se esente da IVA allegare relativa comunicazione Cognome e Nome / Ragione Sociale _____ Indirizzo completo sede legale Via/Piazza _____ Città _____, CAP _____ Prov. _____ P. IVA _____ C. Fiscale _____
---	---

DICHIARO

altresi, di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'articolo 13 in relazione a D. Lgs.196 del 30.06.03 "Tutela della Privacy", ed autorizzo la MuseiOn Soc. Coop., ad elaborare i miei dati personali per le seguenti finalità indicate nell'informativa. Si manifesta il proprio consenso al trattamento dei dati, utilizzati altresì per l'invio della comunicazione di avvenuta iscrizione e si dichiara che quanto sopra espresso corrisponde a verità, inoltre sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.

Luogo

Data

FIRMA

_____ / / _____