

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Tirocinio in Senologia: screening mammografico spontaneo e
diagnostica clinica

Periodo di svolgimento: dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Segreteria Organizzativa ISPO

per la trasmissione della scheda di iscrizione

e-mail: formazioneesterna@ispo.toscana.it

Fax 055 32697984

DATI ANAGRAFICI / FISCALI (richiesti per l'accreditamento E.C.M.)

NOME

COGNOME

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Qualifica professionale _____ Specializzato in _____ Specializzando in _____

Indirizzo privato

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Tel./Cell. _____ e-mail _____

DATI ENTE (richiesti per la corrispondenza)

Ragione Sociale Ente di appartenenza

Indirizzo Ente

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

QUOTA DI ISCRIZIONE (n. 5 gg. dal lunedì al venerdì)

 € 450,00 + marca da bollo € 2,00 (€ 452,00) Enti pubblici (esenti IVA art. 10 DPR 633/1972) € 450,00 + IVA 22% (€ 549,00) Privati

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario da versare presso la Banca CR Firenze, Centro Tesorerie (Via Bufalini, 4 50121 Firenze) sul conto IBAN IT53L0616002832000000008C01 intestato a Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, specificando la causale "Tirocinio Senologia 2017".

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE

Cognome e Nome se persona fisica _____

Ragione Sociale se Azienda e Codice Univoco Ufficio per fatturazione elettronica

Indirizzo

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Il sottoscritto dichiara di essere inserito in un programma di sorveglianza dosimetrica Il sottoscritto dichiara di non essere inserito in un programma di sorveglianza dosimetrica

AI FINI DELLA CONFERMA DELL'ISCRIZIONE E' OBBLIGATORIO ALLEGARE:

 COPIA COPERTURA ASSICURATIVA RCT (Responsabilità Civile contro Terzi) COPIA BONIFICO BANCARIO (solo per fattura intestata direttamente al singolo partecipante. L'ordinante del bonifico deve corrispondere all'intestatario della fattura)

Firma _____

Ai sensi dell' art. 23 D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra indicati, con modalità cartacea e/ o elettronica, al fine di partecipare al suddetto evento o ad altri che saranno organizzati dal Titolare (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica).