

**35° CONGRESSO
NAZIONALE**

A.N.D.O.S. onlus
Associazione Nazionale Donne Operate al Seno



A.N.D.O.S. onlus

Associazione Nazionale Donne Operate al Seno

Comitato di Foggia

FOGGIA
26
MAGGIO
2017

**“MALATTIE EREDO-FAMILIARI
E RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO
NELLE BREAST UNIT”**

Ore 8:30 - 18:00 - Palazzo Dogana - Piazza XX Settembre - Foggia

SCHEDA DI ISCRIZIONE ECM

ECM - Educazione Continua in Medicina

Provider n° 288 - Evento formativo n° 189760

La partecipazione all'evento nella giornata del 26 maggio dà diritto al conseguimento di n° 4,9 crediti formativi ed è rivolto a n. 150 partecipanti (Medici Chirurghi, Psicologi, Biologi, Fisioterapisti, Infermieri, Ostetrici).

Modulo ECM scaricabile dal sito www.andosfoggia.it.

Saranno accettate le prime 150 richieste di partecipazione che perverranno alla Segreteria Organizzativa Promoidea Service dal 03/04/2017 al 20/05/2017 e comunque fino ad esaurimento dei posti disponibili.

Inviare la scheda di iscrizione compilata in ogni sua parte alla Segreteria Organizzativa Promoidea Service tramite fax allo 0881/707561 o e-mail info@promoideaservice.it (rif: Leonardo Finaldi - cell. 320 6957365).

L'assegnazione dei crediti formativi è subordinata alla partecipazione all'intero programma formativo previsto nella giornata del 26 maggio ed alla compilazione del questionario con superamento del 75% delle domande. Si richiede la massima puntualità per garantire lo svolgimento dell'evento negli orari previsti.

ISCRIZIONE

Quota di partecipazione per la sola giornata del 26 maggio € 35,00 IVA compresa
(da non versare in caso di pagamento della quota di iscrizione alle tre giornate)

Nella quota di partecipazione **SONO COMPRESI**:

- Partecipazione ai lavori - Kit congressuale - N° 2 coffee break - N° 1 lunch

DATI PERSONALI

Compilare in stampatello

Cognome _____ Nome _____

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

Comune di residenza _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Indirizzo (Via/Piazza) _____

Tel. _____ Mobile _____ Fax _____

Professione _____ Disciplina (solo per i medici) _____

E-Mail _____ Cod. Fisc. _____

(necessaria per la conferma dell'iscrizione e per l'invio dell'attestato ECM)

Modalità di pagamento della quota di partecipazione : Bonifico bancario intestato a Promoidea Service Unicredit Agenzia Foggia Giordano IBAN IT91R02008157030010537902.

Procedere con il versamento della quota di partecipazione entro 3 giorni lavorativi dal ricevimento della mail di conferma da parte della Segreteria Organizzativa Promoidea Service ed inviare copia del bonifico tramite fax al numero 0881707561 o via e-mail a info@promoideaservice.it

INFORMATIVA PER LA TUTELA DEI DATI PERSONALI

Con la presente informiamo che ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, i dati personali ottenuti verranno trattati da Promoidea Service, titolare del trattamento, con sede in Foggia alla via Bagnante 16. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della propria riservatezza e dei propri diritti. Il responsabile è il legale rappresentante. Il trattamento sarà effettuato manualmente e/o con l'ausilio di mezzi elettronici. In ogni momento l'interessato potrà esercitare i suoi diritti di ottenere informazioni o di opporsi nei confronti del titolare del trattamento, come specificato dall' Art 7. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, e potranno essere oggetto di diffusione solo per le finalità per le quali vengono rilasciati.

Data ____ / ____ / ____ Firma _____