

XII ANNUAL MEETING

Mostra Mercato – 7,8 e 9 ottobre '09 – FIRENZE _ Istituto di Scienze Militari Aeronautiche

**INVIARE A MEZZO POSTA O FAX O MAIL CON FIRMA ELETTRONICA A
SEGRETERIA TUSCANY CRITICAL CARE GROUP - C/O PIRENE SRL**

VIA GHERARDO SILVANI 155, 50125 FIRENZE – TEL 0552322 112 - 132 _ FAX 0552326414
MAIL: info@tuscanycriticalcaregroup.org

Corso a numero chiuso con accreditamento ECM per 150 medici e 50 infermieri

DATI PERSONALI

Cognome..... Nome

Nato/a a Il

Vian... Città..... Prov..... CAP

Cellulare..... Telefono Fax.....

E-mail C.F./P.I.....

Qualifica professionale

Sede lavorativa

DATI INTESTAZIONE FATTURA

Ragione Sociale..... Indirizzo

Partita Iva Codice Fiscale

Informativa sulla privacy (art. 13 D. Lgs. n. 196/2003)

Con la firma del presente; in osservanza al D.Lgs. n.196/2003 il trattamento dei dati personali sarà da noi improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Il conferimento dei dati personali richiesti nella scheda d'iscrizione e nell'Allegato A (*dove previsto*) è obbligatorio per registrare la Sua partecipazione e per l'effettuazione delle pratiche amministrative (ottenimento dei crediti formativi ECM ed emissione della fattura compresi). Tali dati personali saranno trattati da Tuscany Critical Care Group per la registrazione nelle proprie banche dati informatiche e cartacee ed in quelle del Ministero della salute e potranno essere comunicati all'interno e all'esterno dell'associazione per la gestione dell'evento. In qualunque momento Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n.196/2003. Autorizzo la trasmissione in formato elettronico all'indirizzo di posta sopraindicato della fattura.

QUOTA DI ISCRIZIONE

- | | | |
|---|---------------------|----------|
| ✓ INFERMIERI: | FINO A 14 SETTEMBRE | € 50,00 |
| | DAL 14 SETTEMBRE | € 80,00 |
| ✓ MEDICI (discipline: Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Chirurgia Generale): | FINO A 14 SETTEMBRE | € 200,00 |
| | DAL 14 SETTEMBRE | € 250,00 |

MODALITA' DI PAGAMENTO

I. Assegno bancario non trasferibile intestato a **Tuscany Critical Care Group** e spedito con raccomandata alla Segreteria: Pirene Via Silvani 155, 50125 Firenze.

II. -Bonifico Bancario a favore di: **Tuscany Critical Care Group**

c/c 3422/20

ABI 3400

CAB 02850

cin 0

presso **Banca Toscana (Fil 195) Agenzia Galluzzo – Via Senese 200, 50125 Firenze**

Si ricorda che le iscrizioni verranno convalidate per ordine di data di invio via fax al numero 0552326414 della scheda con relativa ricevuta di pagamento e che l'iscrizione, anche se non con accreditamento ECM, è limitata alla capienza della sala.

ALLEGATO A
Scheda da compilare

COGNOME E NOME

AUTOCERTIFICAZIONE PER NON SOCI

Ai sensi dell'art. 4-8 legge 15/1968 art. 18 legge 241/1990 DPR del 1994 autocertifico di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____
Iscrizione n° _____ dell'Albo dei Medici dal _____

Di essere Infermiere (specificare titolo) _____

Dichiaro di avere conseguito:

la Laurea in _____ Università _____ anno _____

la Specialità in _____ Università _____ anno _____

Di esercitare la mia professione nell'Azienda _____

con il ruolo di _____

AUTOCERTIFICAZIONE PER STUDENTI E SPECIALIZZANDI

Ai sensi dell'art. 4-8 legge 15/1968 art. 18 legge 241/1990 DPR del 1994 autocertifico di essere:

Studente presso l'Università di _____ anno di frequenza _____

Studente Specializzando in _____ presso l'Università di _____

anno di frequenza _____

FIRMA

[.....]

DATA

[.....]

SEGRETERIA TUSCANY CRITICAL CARE GROUP - C/O PIRENE SRL
VIA GHERARDO SILVANI 155, 50125 FIRENZE – TEL 0552322 112 - 132 _ FAX 0552326414
MAIL: info@tuscanycriticalcaregroup.org