

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

I seguenti dati saranno anche utilizzati ai fini della certificazione E.C.M. (Educazione Continua in Medicina)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Invitato dallo Sponsor \_\_\_\_\_

- AUDIOPROTESISTA     MEDICO     SPECIALIZZANDO     STUDENTE  
 AUDIOMETRISTA     LOGOPEDISTA     FARMACISTA     INFERMIERE

Disciplina \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

- LIBERO PROFESSIONISTA     DIPENDENTE     CONVENZIONATO     PRIVO DI OCCUPAZIONE

### Quota Iscrizione Medici

- Soci GAO (in regola con la quota associativa di € 50,00) gratuita  
 Non Soci GAO € 100,00 Iva inclusa  
 Studenti/Specializzandi gratuita

### Quota Iscrizione Audioprotesisti, Audiometristi, Logopedisti, Farmacisti e Infermieri

- Soci GAO (in regola con la quota associativa di € 25,00) gratuita  
 Non Soci GAO € 50,00 Iva inclusa  
 Studenti gratuita

### Modalità di Pagamento

- Bonifico bancario di € \_\_\_\_\_, al netto delle spese, a favore di ELLE CENTER S.r.l. presso  
Banca Popolare Pugliese – Filiale di Via Matarrese – Bari  
IBAN IT 75 A 05262 04001 CC0860005178 (allegare alla scheda copia dell'avvenuto pagamento)
- PayPal

### Dati Fatturazione

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice univoco \_\_\_\_\_

P.Iva/Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Ai sensi del Regolamento 2016/679/EU (GDPR), La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra Società, solo per l'invio di materiale amministrativo, commerciale e promozionale derivante dalla ns. attività. La informiamo, inoltre, che ai sensi degli artt. 12,13,15,17,18,20,21 Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge. Titolare del trattamento è ELLE CENTER S.r.l.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_