

Incontro GAO di Primavera

Manifestazioni laringee nella patologia da reflusso



Lecce - 4 aprile 2020

Sala Conferenze DREAM - Ospedale "Vito Fazzi"

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 _____

- MEDICO SPECIALIZZANDO STUDENTE
 AUDIOPROTESISTA AUDIOMETRISTA LOGOPEDISTA 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 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 e 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 _____

Da inviare a Elle Center Srl al numero fax 0805041645 o all'indirizzo email elle@ellecenter.it