

SCHEDA D'ISCRIZIONE "Convegno Dieta Mediterranea"

Prima di inviare la domanda di iscrizione si prega di contattare la Segreteria Organizzativa per verificare la disponibilità dei posti. Da compilare in stampatello e trasmettere debitamente firmata alla Segreteria Organizzativa tramite fax (089-8429711) o mail (info@nutrimedifor.it).

NOME _____ COGNOME _____

QUALIFICA _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____

Nato/a a _____ il |_|_|_|_|_|_|_|

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____ @ _____

Residente in Via/Piazza _____ N. _____

Città _____ Prov. |_|_| CAP |_|_|_|_|_|_|

DATI PER LA FATTURAZIONE (SE DIVERSI DAL PARTECIPANTE)

Nome Azienda / Ente / Istituto _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ P. Iva _____

Alla presente domanda va obbligatoriamente allegata: 1) Copia della distinta di bonifico eseguito in favore della Nutrimedifor S.r.l. alle seguenti coordinate Iban IT81S0760115200000009412101 con causale "CONVEGNO- Cognome e Nome partecipante" 2) Autocertificazione o copia certificato iscrizione corso di laurea (solo per gli studenti)

BARRARE LA QUOTA D'ISCRIZIONE (Costo Iva 22% inclusa)

PER CHI SI ISCRIVE ENTRO IL 18/04/2019

Studenti: Euro 50

Altre professioni: Euro 120 (con ECM) Euro 100 (senza ECM)

DOPO IL 18/04/2019

Studenti: Euro 70

Altre professioni: Euro 160 (con ECM) Euro 140 (senza ECM)

Soci SINU: Euro 120 (con ECM) Euro 100 (senza ECM)

CHIUSURA ISCRIZIONI 31 MAGGIO 2019

1) CANCELLAZIONI E RIMBORSI

E' possibile rinunciare alla partecipazione al convegno inviando, entro e non oltre dieci giorni dalla data d'iscrizione, la comunicazione del recesso via fax o mail. In tal caso la Nutrimedifor provvederà a restituire nei dieci giorni successivi al ricevimento della comunicazione, solo ed esclusivamente l'importo già versato. Oltre il termine su indicato non saranno effettuati rimborsi.

2) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la sottoscrizione della presente, il partecipante acconsente affinché la Nutrimedifor tratti i propri dati personali per permettere la corretta esecuzione degli adempimenti agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e normative comunitarie, ovvero a disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo e di svolgere attività di informazione tramite mail, fax, telefono e posta ordinaria, relativamente ai nostri prodotti e/o servizi, con esplicita autorizzazione alla comunicazione dei suddetti dati, a titolo esemplificativo e non esaustivo, a Provider ECM, spedizionieri, corrieri ed a tutti i consulenti per l'attuazione delle finalità sopra indicate.

Il sottoscritto dichiara altresì di aver preso visione ed accettato anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 c.c. i punti: 1,2 ed autorizza il trattamento e la diffusione dei dati personali sopra indicati nel rispetto dei principi e delle disposizioni di cui all'art.10 della legge n.675/1996 e del DL n.196/2003.

Luogo e data _____

Firma: _____