

CORSO EDUCAZIONALE VAD'S-BASIC

DIGITAL EDITION

8-9 OTTOBRE 2020

Cognome Nome

Indirizzo

Cap Città

Tel. Fax Cell.

E-mail

C.F.:

Luogo e data di nascita

Professione

Specializzazione

Ospedale

Libero professionista Dipendente Convenzionato Privo di occupazione

Informativa ai sensi dell'art. 13 del regolamento in materia di Privacy. I dati personali da Lei forniti, con la presente scheda di iscrizione, sono necessari per il rilascio dell'attestazione di partecipazione al Congresso e, nel caso di Congresso ECM, dei Crediti ECM. I suoi Dati personali verranno, inoltre, resi disponibili alla Commissione Nazionale ECM.

Per la disciplina di dettaglio, in particolare per la finalità, modalità, base giuridica del trattamento dei suoi dati e dei suoi diritti in quanto interessato (art. 7 del GDPR) si rimanda alla Policy Privacy raggiungibile al sito www.cecongressi.it

Data

Firma