

III° Convegno Regionale S.O.C.I. TRAUMI DENTO – PARODONTALI

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Il Convegno è a numero chiuso ed è prevista la partecipazione di n° 100 iscritti.

Quota d'iscrizione: Soci "S.O.C.I.": € 30,00 - Non Iscritto "S.O.C.I." - Medico Chirurgo- Pediatra: € 50,00 - Altre Figure accreditate (Infermiere professionale, Igienista dentale): €35,00

Studenti (Medicina /Odontoiatria/Scienze Motorie): GRATUITO - Possono partecipare i Laureati in Scienze Motorie e Sportive: € 35,00 (verrà rilasciato certificato di partecipazione)

Compilare in stampatello ed inviare alla Segreteria Organizzativa CHRONOS S.r.l Congressi & Eventi – Piazza Larussa, 4 - Palazzo Larussa – 88100 Catanzaro

Tel. 0961/744565 - Fax 0961/709250 - Email: daniela@organizzazionechronos.it

Per le iscrizioni è necessario effettuare il versamento sul c/c intestato a Chronos srl Congressi & Eventi

IBAN IT4210101004400100000007836 - con causale "III° Convegno Regionale S.O.C.I."

Inviare il bollettino in allegato alla presente scheda alla Segreteria Organizzativa

SOCIO "S.O.C.I." NON ISCRITTO "S.O.C.I." MEDICO CHIRURGO PEDIATRA ALTRE FIGURE ACCREDITATE STUDENTI

NOME: _____ COGNOME: _____

DATA di NASCITA: _____ LUOGO: _____ QUALIFICA PROFESSIONALE: _____

ENTE di APPARTENENZA: _____ CODICE FISCALE: _____

INDIRIZZO: _____ CAP _____ CITTA' _____

PROV. _____ TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL: _____

DATA _____ FIRMA _____

Ai sensi e per gli effetti del D.L. 196/2003 e sue integrazioni, il/la sottoscritto/a autorizza il trasferimento dei propri dati personali al Ministero della Salute allo scopo di poter partecipare al Programma di accreditamento ed aggiornamento professionale previsto dalla legge. Autorizza, inoltre, la CHRONOS S.r.l. al trattamento dei propri dati ai fini unicamente inerenti le attività di aggiornamento. I dati saranno utilizzati unicamente per gli scopi indicati.

Data _____ Firma _____