



S.I.F.
Società Italiana di Flebologia
Presidente Fondatore: Giuseppe Genovese
Presidente Eletto: Antonio Tori

SCHEDA DI ISCRIZIONE ANNO 2010

DA INVIARE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

MediService s.r.l. Via Garibaldi, 77 - 27051 Cava Manara (PV) Tel. 0382.454083 – Fax. 0382.554500

Nome	_____	Cognome	_____
Nato a	_____	il	_____
Cod.Fisc.	_____	Partita IVA	_____
Indirizzo	_____	Cap.	_____
Città	_____	Prov.	_____
Telefono	_____	Cellulare	_____
Qualifica professionale	_____	Disciplina	_____
Ente di appartenenza	_____	Indirizzo ente	_____
Telefono ente	_____	E-mail (personale)	_____

SEGNALARE LA QUOTA D'ISCRIZIONE RIFERITA ALLA PROFESSIONE SVOLTA

(Gli infermieri e i fisioterapisti possono scegliere di aderire o meno al Gruppo di Linfologia)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> €. 50,00 - MEDICO | <input type="checkbox"/> €. 20,00 - INFERMIERE (Gruppo Linfologia) |
| <input type="checkbox"/> €. 20,00 - INFERMIERE | <input type="checkbox"/> €. 20,00 - FISIOTERAPISTA (Gruppo Linfologia) |
| <input type="checkbox"/> €. 20,00 - FISIOTERAPISTA | |

Modalità di pagamento:

- Allego ricevuta bonifico bancario di € _____ presso Banca Popolare di Vicenza Fil. 0635 V.le Golgi, 63/a - 27100 Pavia su C/C IT71 G057 2811 3016 3557 0644199 intestato **Mediservice s.r.l. per conto S.I.F.**

causale: "Iscrizione S.I.F. – Società Italiana di Flebologia - ANNO 2010"

N.B.: La presente scheda d'iscrizione deve essere correttamente compilata in OGNI campo e deve essere inviata CONTESTUALMENTE ALLA RICEVUTA DI PAGAMENTO

RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI (Decreto legislativo 30/06/03, n. 196)

IL SOTTOSCRITTO, ACQUISITE LE INFORMAZIONI DI CUI AL DECRETO LEGISLATIVO DEL 30 GIUGNO 2003 N. 196, AI SENSI DELL'ARTICOLO 9 DEL DECRETO LEGISLATIVO STESSO, CONFERISCE IL PROPRIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, AL FINE DI CONSENTIRE INFORMAZIONI COMMERCIALI E SCIENTIFICHE, OLTRE CHE PER LA GESTIONE DI COMUNICAZIONI A CARATTERE INFORMATIVO, ORGANIZZATIVO E COMMERCIALE. IL SOTTOSCRITTO PUÒ IN OGNI MOMENTO ESERCITARE I DIRITTI DI CUI ALL'ARTICOLO 18, TRA CUI IL DIRITTO DI OPPORSI AL TRATTAMENTO DEI DATI CHE LO RIGUARDANO AI FINI PREVISTI O DI RICHIEDERE LA MODIFICA O CANCELLAZIONE DEGLI STESSI, CON COMUNICAZIONE SCRITTA ALLA: MEDISERVICE S.R.L. - VIA GARIBALDI, 77 - 27051 CAVA MANARA (PV)

SÌ NO

FIRMA _____

DATA _____