

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO ECM DEL 26.09.26

DATI RICHIESTI PER L'ACCREDITAMENTO ECM

NOME

COGNOME

INDIRIZZO

N.

CAP

CITTÀ (PROVINCIA)

NATO

IL

TEL

E-MAIL

CODICE FISCALE

PROFESSIONE

DISCIPLINA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

DATI DELL'AZIENDA A CUI INTESTARE LA FATTURA

RAGIONE SOCIALE

PARTITA IVA

INDIRIZZO

N.

CAP

CITTÀ (PROVINCIA)

TEL

CODICE SDI O PEC
(per fatturazione elettronica)

EMAIL

La fattura è da intestare a:

☐ A ME STESSO/A

☐ ALL'AZIENDA

Il partecipante svolge la professione da:

☐ LIBERO PROFESSIONISTA

☐ DIPENDENTE

☐ CONVENZIONATO

Il partecipante è stato reclutato da uno sponsor?

☐ SÌ

☐ NO

Se è stato reclutato da uno sponsor, indicare di seguito il nome:

Consenso al trattamento dei dati personali: Il sottoscritto, a conoscenza dell'informativa ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali (DL 30/06/2003, n. 196) per le finalità connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto in atto, esprime il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per tutte le finalità ulteriormente collegate alla presente iniziativa.

DATA

FIRMA

CORSO ORGANIZZATO DA:

PROVIDER:

