

La care del paziente chirurgico

2° Convegno Regionale S.I.C.E.

Terlizzi
30 Marzo 2012

- Ospedale "M. Sarcone"
Sala Dioguardi

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome e Nome

Luogo di nascita

Data di nascita

Codice Fiscale

Dietista

Infermiere

Indirizzo di residenza

Cap

Città

Prov.

Telefono

Cellulare

Email

Invitato dallo Sponsor

Iscrizione Corso € 20,00 Iva inclusa

Modalità di
Pagamento

- assegno bancario/circolare non trasferibile di € _____ n. _____
della Banca _____ intestato a ELLE CENTER S.r.l.
- bonifico bancario di € _____, al netto delle spese, a favore di ELLE CENTER S.r.l.
presso Banca Popolare Pugliese - Filiale di Via Matarrese - Bari
IBAN IT75A0526204001CC0860005178 (allegare alla scheda copia dell'avvenuto pagamento)

Dati
fatturazione

Ragione Sociale

Indirizzo

Cap

Città

Prov.

P.Iva/Codice Fiscale

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs n. 196 del 30/6/03, La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra Società solo per l'invio di materiale amministrativo, commerciale e promozionale derivante dalla ns. attività. La informiamo, inoltre, che ai sensi dell'art. 7 Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge. Titolare del trattamento è ELLE CENTER S.r.l.

Data

Firma

Spedire in busta chiusa a:
ELLE CENTER S.r.l. - Via Camillo Rosalba, 47/J - 70124 Bari
o trasmettere al numero fax 0805041645