

# SCHEDA D' ISCRIZIONE

## Convegno "Attualità in Otorinolaringoiatria"

9 Maggio 2015

Hotel Su Gologone (Nu)

Da inviare entro il 17 Aprile 2015 via fax al numero 070 302110 oppure via mail : [info@kamaeventi.com](mailto:info@kamaeventi.com)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_ Disciplina: \_\_\_\_\_

Dati per la fatturazione : Nome / Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

P.iva \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Categoria di appartenenza ( barrare il campo interessato):

- |  |                                    |   |                                   |
|--|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Otorinolaringoiatria | <input type="radio"/> Radioterapia | <input type="radio"/> Tecnico Audiometrista   | <input type="radio"/> Logopedisti |
| <input type="radio"/> Medicina Generale    | <input type="radio"/> Oncologia    | <input type="radio"/> Tecnico Audioprotesista | <input type="radio"/> Infermieri  |

Quota d' iscrizione al Congresso medici € 100,00 + iva 22%

L' iscrizione da diritto a: PARTECIPAZIONE LAVORI, KIT CONGRESSUALE, N. 8 CREDITI ECM ( per le categorie sopra indicate e dopo valutazione del questionario Ecm )

**PAGAMENTO: Bonifico bancario intestato a Kama eventi e congressi - Banco di Sardegna**

**Iban: IT 51K 01015 04803 00007 0271452**

**Causale: Iscrizione convegno Orl 9 maggio 2015**

***L'iscrizione non è valida se non è accompagnata dall'attestazione di pagamento***

Ai sensi del D.L.196 del 30-06-2003 in merito al trattamento dei dati personali riportati sulla presente scheda, la Kama Eventi e Congressi in qualità di titolare del trattamento, Vi informa che i dati in nostro possesso saranno utilizzati per finalità atte allo svolgimento delle attività commerciali, fiscali e legali definite dal programma del corso. Si autorizza l' utilizzo dei dati sopra riportati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_