

## Educazione Continua in Medicina



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da restituire via fax allo 015 8551190 o scansionata via mail a: occupati@cittastudi.org È possibile anche iscriversi on line direttamente sul sito: www.cittastudi.org, area formazione - corsi ECM

DATI DEL PARTECIPANTE:					
Cognome e Nome				<del></del>	
Luogo e data di nascita					
Residenza		*** *** **** ***		71 B 28 13 13 13 13 13 13 13 13 13 13 13 13 13	
Telefono	E-mail		<u> </u>		
Professione ed eventuale speciali	zzazione	19 19 19			
Iscritto ordine provinciale di	ritto ordine provinciale din° iscrizione				
DATI PER LA FATTURAZIONE:					
Ragione Sociale		4			
Codice fiscale/Partita IVA					
Indirizzo					
CAPComune					
Provincia					
CROCIARE IL/I CORSO/I SCEL	ГО/І:				
"Percorso di aggiornamento (5	moduli)″ <i>€ 300 + iva</i>				
"Singoli moduli" € 100 + iva:	□10/06/2015 □ 13/09/2015	30/09/2015	7/10/2015	<b>14/10/2015</b>	
"1° corso di aggiornamento (giu	igno)" <b>€ 250 + iva</b>				
"2° corso di aggiornamento (ott					
	ome aggiornamento primo soccorso per az				
Seminario "Valutazione del risch	nio da campi elettromagnetici e d	a R.O.A." - valido and	che come aggiorname	nto RSPP € 150 + iva	
MODALITÀ DI PAGAMENTO:					
Il pagamento deve essere effetti	iato dopo la conferma dell'avvio	di ogni corso, tran	nite:		
• ASSEGNO intestato a Città Stu	di S.p.A., da consegnare alla seg	reteria il primo gio	rno di corso		
• BONIFICO presso BIVERBANCA	filiale 11 Biella IBAN N° IT13 Z 060	90 22300 00002925	0828, intestato a	Città Studi S.p.A. indicando	
nella causale i riferimenti al corso	(titolo); copia della contabile dov	rà essere anticipata	a a Città Studi enti	ro l'inizio del corso	
ON LINE sul nostro sito interne	et www.cittastudi.org				
RINUNCIA ALLA PARTECIPAZI	ONE:				

l'eventuale annullamento dell'iscrizione deve essere comunicato per iscritto almeno 5 giorni lavorativi prima della data di inizio corso. Il mancato rispetto di tale termine comporta l'addebito dell'80% della quota di iscrizione.

## Il sottoscritto DICHIARA:

- che l'iscritto è assicurato contro gli infortuni ai sensi di legge
- che l'attività formativa dell'allievo (se dipendente) è svolta durante l'orario di lavoro

Il sottoscritto AUTORIZZA il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03 e la loro trasmissione ad AGENAS per la procedura di accreditamento.

Il sottoscritto PRENDE ATTO dell'adozione del Codice Etico di Città Studi (consultabile in www.cittastudi.org)

Data/	_/2015	FIRMA