ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Tirocinio in Senologia: screening mammografico spontaneo e diagnostica clinica

Periodo di svolgimento: dal __ /__ / ____ al __ /__ / ____

Recapiti di segreteria per la trasmissione dell'iscrizione
e-mail: formazioneesterna@ispo.toscana.it
Fax 055 32697984

DATI ANAGRAFICI / FISCALI (richiesti per l'accreditamento E.C.M.)

NOME | **COGNOME**

Codice Fiscale

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____ / _____ / _____

Qualifica professionale_____Specializzato in _____Specializzando in _____

Indirizzo privato

Città | CAP | Prov.

Tel./Cell. | e-mail

DATI ENTE (richiesti per la corrispondenza)

Ragione Sociale Ente di appartenenza

Indirizzo Ente

Città | CAP | Prov.

Tel. Fax | e-mail

QUOTA DI ISCRIZIONE (n. 5 gg. dal lunedì al venerdì)

- ❑ **€ 450,00 + marca da bollo € 2,00** (€ 452,00) Enti pubblici (esenti IVA art. 10 dpr. 633/1972)
- ❑ **€ 450,00 + IVA 22%** (€ 549,00) Privati

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario da versare presso la Banca CR Firenze, Centro Tesorerie (Via Bufalini, 4 50121 Firenze) sul conto IBAN IT53L0616002832000000008C01 intestato a Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, specificando la causale "Tirocinio in Senologia 2016".

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE

Cognome e Nome se persona fisica _____

Ragione Sociale se Azienda (e Codice Univoco Ufficio per fatturazione elettronica)

Indirizzo

Codice Fiscale

Partita IVA

Ai sensi dell' art. 23 D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra indicati, con modalità cartacea e/o elettronica, al fine di partecipare al suddetto evento o ad altri che saranno organizzati dal Titolare (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica).

- ❑ Il sottoscritto dichiara di essere inserito in un programma di sorveglianza dosimetrica
- ❑ Il sottoscritto dichiara di non essere inserito in un programma di sorveglianza dosimetrica

ALLEGA ALLA SCHEDA DI ISCRIZIONE:

- ❑ **COPIA BONIFICO BANCARIO**
- ❑ **COPIA COPERTURA ASSICURATIVA RCT**

Firma_____