SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale Santa Maria Nuova

Scheda di Iscrizione

Inviare **entro il 05 Marzo 2010** la presente Scheda d'Iscrizione alla **Segreteria Organizzativa** (posta o Fax o e-mail) **contestualmente** a **copia** del **versamento** della **quota** di **partecipazione** da effettuarsi a mezzo versamento sul c/c bancario nr. 30034 aperto presso l'Agenzia di Via Roma n. 4/6 RE della Banca Popolare Verona S. Geminiano e San Prospero SPA, CIN: P, ABI: 05188, CAB: 12800, Coord. BK: IT03-P-05188-12800.000000030034 intestato ad Arcispedale Santa Maria Nuova, specificando nella causale **nome** e **cognome** del partecipante ed il **titolo** del corso.

Non si accettano iscrizioni non accompagnate dalla copia del bonifico attestante l'avvenuto versamento della quota.

6e Giornate Reggiane di Dietetica e Nutrizione Clinica

Corso Clinico
"La Nutrizione Clinica nella Sindrome da Intestino Corto (S.I.C.)"

19 Marzo 2010

_____
Nome e Cognome

O Medico **O Farmacista** **O Biologo**
O Dietista **O Infermiere Professionale**

_____
Ente di appartenenza

_____
Indirizzo

_____
Telefono – Fax

_____
E-mail

Dipendente ASMN **Dipendente AUSL RE** **Altro**

_____
Ente o Persona Fisica a cui intestare la Fattura

_____
Indirizzo

_____
Partita IVA / Codice Fiscale

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali – Privacy). Ogni dato personale verrà trattato anche in modo elettronico ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al presente evento e per l'erogazione dei servizi connessi (ECM): L'autorizzazione al trattamento dei Vostri dati è obbligatoria ed in sua assenza non ci sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

_____
Firma