

## “MALATTIE NEUROLOGICHE RARE E DEL NEUROSVILUPPO AD ESORDIO NEI PRIMI ANNI DI VITA”

**6 Dicembre 2018 – Aula Magna – Padiglione Tinozzi – Ospedale Bellaria  
Via Altura 3, BOLOGNA**

Da compilare in TUTTE le sue parti, inviare via e-mail

entro il 4 Dicembre 2018

alla Segreteria Organizzativa EV.O. Srls Tel. +39 051538765 - [iscrizionievosrl@gmail.com](mailto:iscrizionievosrl@gmail.com)

Si precisa che il corso è accreditato ECM.

Cognome e Nome

Indirizzo di Residenza

Cap

Città

Prov.

Cell.

E-mail

Professione

Disciplina

Intestazione fattura (completa di indirizzo):

Partita IVA:

Codice Fiscale:

### **QUOTA D'ISCRIZIONE:**

Per i dipendenti **AUSL di Bologna** la quota d'iscrizione è pari a **€ 60,00 [IVA inclusa]**.

Per tutti gli altri la quota d'iscrizione è pari a **€ 80,00 [IVA inclusa]**

L'iscrizione dà diritto a: accesso ai lavori, kit congressuale, attestato di partecipazione, attestato ECM (inviato tramite e-mail) e partecipazione al coffee break e al light lunch.

**Modalità di iscrizione:** Per iscriversi è necessario compilare la scheda in tutte le sue parti e trasmetterla ad EV.O. srls tramite e-mail all'indirizzo [iscrizionievosrl@gmail.com](mailto:iscrizionievosrl@gmail.com) insieme alla copia del pagamento della quota d'iscrizione da effettuarsi tramite bonifico:

**Intestato a:** EV.O. Srls,

**IBAN:** IT95X0200802430000103306710

**Causale:** Iscrizione Malattie neurologiche + [nome e cognome partecipante]

Ai sensi del D.lsg n. 196/03 si informa che i Suoi dati personali saranno trattati, con l'utilizzo anche di strumenti elettronici, per finalità connesse allo svolgimento dell'evento. Il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario, la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle prestazioni richieste. I Suoi dati saranno trattati da personale incaricato (addetti di amministrazione e segreteria), e potranno essere comunicati a soggetti ai quali la comunicazione risulti necessaria per legge, al Ministero della Salute ai fini ECM, a soggetti connessi allo svolgimento dei servizi relativi all'evento (es. hotel, agenzia di viaggio etc). Previo consenso, i suddetti dati potranno essere utilizzati anche per informarLa dei nostri futuri eventi. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lsg.196/2003 in particolare, il diritto di accedere ai Suoi dati personali, chiedere rettifica, aggiornamento e/o cancellazione, rivolgendo richiesta al responsabile per il riscontro Dott.ssa Angela Rizzi al numero 051 538765.

Consento al trattamento dei dati personali. Sì  No

Consento all'invio anche tramite e-mail o fax di materiale informativo. Sì  No

Data

Firma