

SCHEDA D'ISCRIZIONE

La presente scheda va debitamente compilata e fatta pervenire, unitamente alla copia dell'avvenuto pagamento o ai dettagli della carta di credito, entro e non oltre il giorno 20 aprile 2020, alla Segreteria organizzativa:

Bluevents Srl - Via Flaminia Vecchia 508 - 00191 Roma fax :+390697603411 e-mail: formazione@bluevents.it o info@bluevents.it

NOME..... COGNOME.....

Indirizzo.....

Cap.....Città.....Provincia.....

Tel.....Fax.....E-mail.....

Struttura di appartenenza.....

INTESTAZIONE FATTURA :

Ragione Sociale.....

Indirizzo.....Cap.....Città.....

Codice Fiscale e/o Partita Iva.....Codice destinatario.....

QUOTE DI ISCRIZIONE

- Infermieri e specializzandi** Euro 100.00 + iva
- Medici specialisti iscritti alla SEGi (Ginecologi)** Euro 120.00 + iva
- Medici specialisti non iscritti alla SEGi (Ginecologi)** Euro 200.00 + iva

La quota di iscrizione comprende: partecipazione ai lavori del corso, kit congressuale, colazione di lavoro, attestato di partecipazione

MODALITA' DI PAGAMENTO PRESCELTA

BONIFICO BANCARIO intestato a Bluevents srl di € _____ **esente da spese bancarie**
CRÉDIT AGRICOLE CARIPARMA AG. 39 - IBAN IT47T0623005089000063834533

Causale del versamento: nome dell'iscritto – segitoscana2020

CARTA DI CREDITO

Autorizzo l'addebito di € _____ Titolare della carta di credito: _____

VISA MASTERCARD

Numero _____ Scadenza: ____/____/____ CV2* ____/____/____
*(ultime 3 cifre riportate sul retro della carta)

Firma del Titolare _____

Cancellazioni: è necessario inviare comunicazione scritta dell'eventuale annullamento alla Segreteria Organizzativa Bluevents, via fax al n.06/97603411 oppure all'indirizzo email info@bluevents.it. Per gli annullamenti pervenuti entro il **08/04/2020** la quota sarà rimborsata con una trattenuta di €50.00 per le spese amministrative. Dopo tale data non sarà effettuato alcun rimborso. I rimborsi saranno effettuati entro i 90 giorni successivi alla fine del Congresso. In caso di cancellazione dell'evento, Bluevents procederà al rimborso della quota con una trattenuta di €20.00 per le spese amministrative. Nessuna delle parti coinvolte avrà diritto ad alcun indennizzo per i danni che derivano dalla cancellazione dell'Evento.

Cancellazione dell'evento

Nel caso in cui il congresso dovesse essere cancellato, nulla sarà dovuto a titolo di risarcimento danni.

Informativa regolamento UE 2016/679 (GDPR)

I dati personali acquisiti tramite il presente modulo sono raccolti per le finalità connesse allo svolgimento del Congresso e trattati con l'ausilio di strumenti elettronici e non elettronici. I dati raccolti saranno trattati unicamente da personale incaricato al trattamento dei medesimi (addetti all'attività commerciale, di amministrazione e di segreteria). I dati potranno essere comunicati a liberi professionisti, hotel, agenzie di viaggio, compagnie aeree e marittime, istituti bancari e ad eventuali aziende sponsor. Il conferimento dei dati (nome, cognome, indirizzo, codice fiscale, partita iva, telefono ed e-mail, ecc.) è obbligatorio per consentire l'iscrizione, e per l'emissione di regolare fattura. I suddetti dati (indirizzo mail, numero di fax) potranno essere utilizzati anche per informarLa dei nostri futuri eventi se esprimerà il Suo consenso barrando l'apposita casella. Un eventuale rifiuto a conferire il consenso per l'invio di comunicazioni relative alle nostre attività non pregiudicherà l'iscrizione al Congresso ma l'impossibilità di contattarla per informarLa su eventi futuri. Titolare del trattamento è Bluevents srl " con Sede Legale in Via Flaminia Vecchia, 508 – 00191 Roma. Le ricordiamo che Le sono riconosciuti i diritti previsti dal GDPR, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Titolare del trattamento all'indirizzo (info@bluevents.it)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali

Non autorizzo il trattamento dei miei dati personali

Data _____

Firma _____

Segreteria Organizzativa – Provider ECM

