SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso teorico-pratico "L'activity based cost management come strumento operativo per la gestione dei percorsi sanitari: l'esempio dello screening oncologico" 22 novembre 2013

Settore Formazione Esterna
Via Cosimo il Vecchio 2 - 50139 Firenze
Tel. 055 32697828-956 Fax 055 32697829
e-mail: formazioneesterna@ispo.toscana.it

ENTI PUBBLICI: ALLEGARE ALLA SCHEDA DI ISCRIZIONE COPIA DEL BONIFICO BANCARIO. **PRIVATI**: ALLEGARE ALLA SCHEDA COPIA DEL BONIFICO BANCARIO. SE LA FATTURA È NELLO SPECIFICO INTESTATA AD UNA IMPRESA È NECESSARIO ALLEGARE L'AUTOCERTIFICAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO D'INTERESSI DA PARTE DELLA STESSA E DEL PARTECIPANTE.

DATI ANAGRAFICI / FISCALI (richiesti per l'accreditamento ECM)

NOME | COGNOME

Codice Fiscale

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

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE (CON CREDITI FORMATIVI ECM):

- ❑ Medici
- ❑ Biologi
- ❑ Assistenti sanitari
- ❑ Infermieri
- ❑ Tecnici sanitari di laboratorio biomedico
- ❑ Tecnici sanitari di radiologia medica

Specializzato in _____ Specializzando in _____

ALTRO (SENZA CONSEGUIMENTO CREDITI FORMATIVI ECM):_____

Indirizzo privato

Città | CAP | Prov.

Tel./Cell. | e-mail

DATI ENTE (richiesti per la corrispondenza)

Ragione Sociale Ente di appartenenza _____

Unità Operativa/Servizio _____

Indirizzo Ente

Città | CAP | Prov.

Tel. Fax | e-mail

QUOTA DI ISCRIZIONE

❑ **€ 200,00 + marca da bollo € 2,00** (€ 202,00) Enti pubblici (esenti IVA art. 10 dpr. 633/1972)

❑ **€ 200,00 + IVA 22%** (€ 244,00) Privati

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario da versare presso la Banca CR Firenze, Filiale Enti e Tesoreria (via del Castellaccio 36/38–Firenze) sul conto IBAN IT53L0616002832000000008C01 intestato a Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, specificando la causale "Corso ABC".

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE

Cognome e Nome se persona fisica _____

Ragione Sociale se Azienda _____

Indirizzo

Codice Fiscale

Partita IVA

L'iscrizione al Corso prevede l'accettazione del trattamento dei dati in base al D.Lgs. 196/03; i dati saranno utilizzati solo ed esclusivamente per le finalità strettamente connesse alle attività di competenza (formazione continua ed attività di informazione e divulgazione scientifica). Il rifiuto al trattamento dei dati non permette l'iscrizione all'evento.

I dati saranno trattati anche dalla Azienda Sanitaria di Firenze che, in qualità di Provider ECM, è individuata quale Responsabile esterno del trattamento.

FIRMA _____