



In collaborazione con:



Patrocinio richiesto:

Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze
Ordine Assistenti Sociali Consiglio Regionale della Toscana
Ordine dei Psicologi della Toscana
Ordine dei Farmacisti di Firenze
Collegio delle Ostetriche di Firenze
Collegio TSRM di Firenze
AIFI Toscana
Regione Toscana
Comune di Empoli

Empoli (FI) - 10 ottobre 2014

CASE

DELLA SALUTE: partecipazione, promozione e tutela del benessere e della salute dei cittadini



Sede: Aula Magna Elisabetta Chiarugi - Centro Direzionale ASL 11 - Via dei Cappuccini 79 - Empoli (FI)

Orario: 9.00 - 14.00

Destinatari: Tutte le Professioni Sanitarie, Assistenti Sociali, Operatori Socio Sanitari - Posti disponibili: 200

Quota di partecipazione: € 40,00 + IVA se dovuta (tot. € 48,80)

La quota comprende: accesso ai lavori, kit congressuale, coffee break

Saranno erogati 4,5 crediti ECM

Provider ECM

Format s.a.s.

via F. Cavallotti 8 - Codigoro (FE)

tel. 0533 713 275 - cell. 329 395 33 46 - fax 0533 717 314 e-mail

info@formatsas.com - www.formatsas.com

Iscrizione al Registro delle Imprese di Ferrara, C.F. e P.I. 01569060385 - REA FE 178788



Provider ECM Min. Salute 514

E.C.M.

Educazione Continua
in Medicina

Segreteria Organizzativa

Format Toscana s.a.s.

via Ponte alle Mosse, 61 - Firenze

tel. 055 3241307 - fax 055 3241122

e-mail toscana@formatsas.com - www.formatsas.com

Iscrizione al Registro delle Imprese di Firenze, CF e PI 01410620296 - REA FI 625324

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

E' possibile iscriversi attraverso due modalità:

- prenotazione **online** collegandosi al sito www.formatsas.com, seguendo le indicazioni fornite alla voce iscrizioni. L'iscrizione si intende accettata, al completamento della pagina web, entro 7 giorni dalla prenotazione, inserendo i dati del versamento, allegando copia della ricevuta di pagamento o dell'autorizzazione scritta dell'Ente di appartenenza
- contattando **telefonicamente** (055-3241307) la Segreteria Organizzativa di Format Toscana per verificare la disponibilità dei posti. L'iscrizione si intende accettata, alla ricezione **via fax** (055-3241122), entro 7 giorni dalla prenotazione, del:
 - modulo di iscrizione
 - ricevuta di pagamento o dell'autorizzazione scritta dell'Ente di appartenenza

Le prenotazioni saranno accettate in ordine cronologico. La prenotazione e l'iscrizione saranno confermate da una email spedita dalla segreteria organizzativa. Dopo 7 giorni, se la procedura di iscrizione non viene completata, la priorità acquisita attraverso la prenotazione in ordine cronologico, potrà subire variazioni e il posto riservato potrà essere reso disponibile. Sarà possibile verificare in qualsiasi momento presso la segreteria la nuova priorità e la disponibilità dei posti. Il pagamento può essere effettuato, indicando come causale: nome, cognome e codice evento

Tramite Bonifico Bancario intestato a: **FORMAT Toscana sas** - Via Ponte alle Mosse, 61 - Firenze
Monte dei Paschi di Siena - Ag. 7 - Cod. IBAN: **IT 02 A 01030 02807 00000 1743635**

DISDETTE E RIMBORSI

In caso di disdetta:

- entro il termine delle iscrizioni, verrà restituito l'80% della quota versata;
 - dal termine delle iscrizioni, per 5 giorni lavorativi, verrà restituito il 50% della quota.
 - dal 5° giorno successivo alla scadenza delle iscrizioni fino al giorno del corso, in caso di adesione al Fondo Assicurativo, verrà rimborsata l'intera quota di iscrizione nei casi previsti dal regolamento, consultabile sul sito www.formatsas.com o da richiedere alla Segreteria. In tutti gli altri casi non verrà effettuato nessun rimborso.
- La Segreteria organizzativa si riserva di non attivare il corso qualora non sia raggiunto il numero minimo di partecipanti previsto. In questo caso verranno concordate con gli iscritti le modalità di rimborso.

MODULO DI ISCRIZIONE

(*Campi obbligatori)

Codice evento **CVG0414F11010**

DATI CORSISTA

Cognome *		Nome*		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Codice Fiscale*	
Nato/a a*		Prov.*	il*	Indirizzo*			
CAP*	Città*	Prov.*	Telefono/Cellulare*	Fax	e-mail*	@	
Professione*	Disciplina (se previsto)	Provincia in cui opera prevalentemente*		Profilo Lavorativo*:		<input type="checkbox"/> Libero Professionista	<input type="checkbox"/> Dipendente
						<input type="checkbox"/> Privo di occupazione	<input type="checkbox"/> Convenzionato
Iscritto all'Ordine/Collegio/Ass. Prof.le*		Provincia o Regione*		Num. Iscrizione*			
Ente di appartenenza*	Indirizzo*	CAP*	Città*	Prov.*			

Aderisco al Fondo Assicurativo (€ 5,00 + IVA se dovuta) Non aderisco al Fondo Assicurativo

DATI INTESTAZIONE FATTURA (da compilare solo se diversa dal nominativo del corsista)

Partita IVA*		Codice Fiscale*		Intestazione fattura*	
Indirizzo*	CAP*	Città*	Prov.*		
Firma _____					

I dati sopra riportati verranno trattati dalle società del Gruppo FORMAT nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali". Titolare del trattamento è FORMAT sas nella persona di Silvano Telloi, titolare delle società. Si richiede il CONSENSO per l'utilizzo dei dati ai fini di comunicazione all'interessato di altre iniziative scientifiche delle società del Gruppo FORMAT. I dati non verranno diffusi a terzi se non per gli obblighi derivanti dal presente contratto e potrà esserne chiesta in qualsiasi momento la modifica o la cancellazione. Per ulteriori informazioni sulle modalità di raccolta e trattamento dei dati personali è possibile consultare l'Informativa generale sul sito www.formatsas.com o richiederla a
FORMAT sas - via Cavallotti, 8 - 44021 Codigoro (FE) - tel. 0533-713275 - Cell. 329-3953346 - fax 0533-717314 - email info@formatsas.com

Firma _____