SCHEDA DI ISCRIZIONE ALLA AKADEMY IMPLANTOLOGY
IV° PROGRAMMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN IMPLANTOLOGIA E DISSEZIONE ANATOMICA SU CADAVERE

CORSO A NUMERO CHIUSO MASSIMO 15 PARTECIPANTI

DA INVIARE A Dr. CONTE AKADEMY SCHOOL FAX 049/8889322 unitamente alla copia del versamento effettuato.

Titolo.....Nome.....

Cognome…….....

Indirizzo.....
CAP.....Città…….....Prov.....
Tel.....Fax.....
Cellulare.....
e-mail.....
Nato a …….. il …….
Cod. Fiscale.....P.IVA.....
Desidero iscrivermi al Corso al costo di € 3500,00 + rit. acconto
Invio pertanto quale caparra confirmatoria della mia iscrizione € 200,00
tramite:

- ☐ Assegno bancario
- ☐ Vaglia postale

intestato e spedito a: Dr. Roberto Conte, Via Marconi, 115 Cadoneghe 35010 - Padova

- ☐ Bonifico

intestato a Dr. Roberto Conte IBAN IT 54 F 05040 62410 000000 1860 03
(causale "cognome nome/ISCRIZIONE AKADEMY IMPLANTOLOGY", allegare fotocopia del bonifico)

MODALITA' DI PAGAMENTO:
1 QUOTA € 1100,00 entro 05 Aprile 2013
2 QUOTA € 1100,00 entro 07 Giugno 2013
3 QUOTA A SALDO € 1100,00 entro 12 SETTEMBRE 2013

Dati obbligatori per la fatturazione (da compilare solo se diversi da quelli sopra riportati)
Ragione Sociale .....
Indirizzo completo.....
Codice fiscale.....
P. IVA.....
E-mail aziendale.....

Informativa sulla privacy Ai sensi del d.lgs 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 di segreteria), e potranno essere comunicati a soggetti ai quali la comunicazione risulti necessaria per legge, al Ministero della Salute ai fini ECM e 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.lgs. 196/2003 in particolare, il diritto di accedere ai Suoi dati personali, chiederne rettifica, aggiornamento e/o cancellazione, rivolgendo richiesta al responsabile per il riscontro all'interessato, dott. Roberto Conte Via Marconi, 115 Cadoneghe 35010 – Padova

Consenso al trattamento dei dati personali SI ☐ NO ☐
Consenso all'invio anche tramite e-mail o fax di materiale informativo. SI ☐ NO ☐

Data.....Firma .....

Notifiche di disdetta inviate per iscritto alla segreteria Organizzativa **entro 30 gg data inizio corso.**
daranno diritto ad un rimborso pari al 70% della quota versata. Cancellazioni notificate dopo tale data non daranno diritto ad alcun rimborso. In caso di cancellazione dell'evento da parte degli organizzatori, è previsto un rimborso della quota versata, detratte le spese bancarie. Nessun rimborso è previsto in caso di no-show, arrivo con ritardo, servizi inutilizzati, sessioni non frequentate o partenza anticipata. Ogni rimborso verrà effettuato dopo lo svolgimento dell'evento.

La quota di partecipazione comprende:
Tray chirurgici completi, impianti, fisio dispenser.
La dissezione su cadavere si effettuerà in coppia (un cadavere ogni due persone)