



FORMAZIONE & CULTURA IN  
SANITA'



Società Italiana Multidisciplinare per  
la Prevenzione delle Infezioni nelle  
Organizzazioni Sanitarie

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

### **SORVEGLIANZA E CONTROLLO BATTERIEMIE CVC CORRELATE** **giovedì 25 ottobre 2007** **c/o Ospedale Bellaria Bologna – Aula Magna**

*(scrivere in stampatello. Dati incompleti o illeggibili non permetteranno la consegna degli attestati di partecipazione con crediti ECM e la relativa fattura dell'evento)*

#### DATI PARTECIPANTE

**MEDICO CHIRURGO** |\_\_| **BIOLOGO** |\_\_| **FARMACISTA osp.** |\_\_| **INFERMIERE** |\_\_|

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Indirizzo			
CAP	Comune		Prov.
Tel.	Cellulare	Fax	
E-mail			
Codice fiscale			

#### DATI DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

Ragione Sociale		
Indirizzo		
CAP	Comune	Prov.
Tel.	Fax	
<b>Partita IVA:</b>		
<b>Codice Fiscale:</b>		

**Indicare se la fattura deve essere emessa a:**

|\_\_| **Struttura**                      |\_\_| **Partecipante SOCIO**                      |\_\_| **Partecipante NON SOCIO**

**N.B.: E' necessario attendere comunicazione da parte di Telefarma ECM per avere conferma di iscrizione al corso e indicazioni sulle modalità di pagamento.**

*Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 si informa che i dati personali verranno trattati da Telefarma Scrl al fine di rendere possibile l'iscrizione e lo svolgimento dei corsi ECM e che gli stessi dati saranno trattati con mezzi sia cartacei che informatici. Il Titolare ha tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/03 e viene altresì informato che i dati potranno essere oggetto di comunicazione a terzi al solo fine di poter rendere il servizio richiesto. Preso atto dell'informativa il Titolare autorizza espressamente il trattamento delle informazioni contenute nella scheda di iscrizione.*

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_