SCHEDA D'ISCRIZIONE

Si prega di inviare la presente scheda a:
VICTORY PROJECT CONGRESSI srl - Via Carlo Poma, 2 - 20129 Milano Fax 02 20 13 95 - E-mail: info@victoryproject.it
entro venerdì 5 ottobre 2018

Cognome _____

Nome _____

Istituto _____

Città _____

Tel _____ Cellulare _____

E-mail _____

Professione: Medico chirurgo - si prega di indicare la propria disciplina tra quelle accreditate

☐ CARDIOLOGIA ☐ MEDICINA INTERNA ☐ GERIATRIA

☐ ALTRO (non saranno attribuiti crediti ECM)

Si informa che i dati da lei forniti verranno trattati da Victory Project Congressi srl per le procedure di iscrizione a questo evento e che i dati personali raccolti saranno trattati nel rispetto delle disposizioni e degli obblighi di riservatezza di cui al GDPR-General Data Protection Regulation, Reg. UE 2016-679

Firma _____

Autorizzo l'utilizzo dei mie dati (nome, congnome, indirizzo mail) per l'invio di materiale informativo relativo a successive attività formative organizzate da Victory Project Congressi, nel rispetto delle disposizioni e degli obblighi di riservatezza di cui al GDPR-General Data Protection Regulation, Reg. UE 2016-679

☐ consento ☐ non consento

Firma _____