



I.R.C.C.S. Policlinico
San Donato
Gruppo San Donato



ITALIAN MEETING ON ADULT WITH CONGENITAL HEART DISEASE

VENERDÌ 3 APRILE 2020

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilare e restituire a **MED Congress**: e-mail registration@medcongress.it - fax +39 0244386077

Nome e Cognome _____

Istituto _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Cell. _____ E-mail _____

Codice Fiscale _____

E-mail _____

Medico Chirurgo Infermiere Professionale Tecnico di fisiopatologia

QUOTE DI PARTECIPAZIONE

Entro il 28/2/2020

Dopo il 28/2/2020

Iscrizione standard

€ 100,00

€ 150,00

Specializzandi - Infermieri e soci SIC Lombardia

Gratuita

Gratuita

La quota di partecipazione include: Accesso ai lavori scientifici - Lunch e coffee-breaks - Attestato di partecipazione

METODO DI PAGAMENTO

Bonifico bancario: Unicredit Banca - IBAN: IT70A0200801618000103658638

POLICY DI CANCELLAZIONE

Per cancellazioni entro il 15 febbraio 2020 il 50% della quota di iscrizione verrà rimborsata. Per cancellazioni dopo il 15 febbraio 2020 non verrà effettuato nessun rimborso. I rimborsi verranno effettuati al termine del congresso. Accetto in caso di cancellazione la policy qui descritta.

Data _____ Firma _____

La compilazione del form, che è da intendersi come volontaria, comporta l'acquisizione dei dati personali dell'utente. Solo i campi indicati come obbligatori sono necessari per la erogazione del servizio previsto: il mancato conferimento di tali dati comporta l'impossibilità dell'esecuzione del servizio. Si dichiara di aver letto ed accettato i termini relativi al trattamento dei dati, contenuti nell'informativa redatta ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016. Autorizzo MED Congress al trattamento dei miei dati personali per gli scopi sopra descritti.

Data _____ Firma _____