

# **NONO CORSO TEORICO-PRATICO DI PROCREAZIONE MEDICO-ASSISTITA**

Milano, 17-18 Settembre 2010

---

## **RICHIESTA DI ADESIONE**

Il Prof./Dott. ....

Abitante a ..... CAP .....

Via .....

Tel. ....

Fax .....

Istituto di appartenenza e qualifica .....

E-mail .....

Corso teorico

Corso teorico-pratico

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

---

DLgs n.196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art.13); saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, se non per la gestione dei rapporti relativi all'evento, ad es. pratiche ECM, Committenti, Fornitori, ecc. (Art.31). La informiamo inoltre che ha diritto (Art.7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione e la firma del presente modulo

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

*Da inviare alla Segreteria Organizzativa entro il **14 maggio 2010***

**CENTRO ITALIANO CONGRESSI C.I.C. s.r.l.**

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma



**Centro Italiano Congressi C.I.C.**