

Corso FAD
“Medicina antroposofica
Rimedi dalle piante medicinali”

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Codice Fiscale _____ Qualifica _____
Indirizzo privato _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
Telefono _____ Fax _____
Cellulare _____ E-mail _____
Denominazione Luogo di Lavoro (ad es. 'Farmacia Bianchi', oppure Azienda Ospedaliera xxx, oppure
Libero Professionista) _____
Città del Luogo di lavoro _____

Professione

Pratica ECM **SI** **NO**

* **ORDINE** ☐ * **COLLEGIO** ☐ * **ASSOCIAZIONE** ☐ **DI** (indicare città) _____

*N. ISCRIZIONE _____
(indicare il numero di iscrizione del Collegio/Associazione/Ordine di appartenenza. Lo stesso, come da disposizioni Ministeriali, sarà riportato sull'attestato ECM insieme ai crediti formativi).

N.B. Senza tali dati non potrà essere rilasciato l'attestato di accreditamento ECM

Indirizzo e-mail per l'invio dell'attestato _____

Iscrizione Corso	Quota di Iscrizione Iva inclusa
	€ 70,00

Fatturazione

Ragione Sociale (se la fattura sarà intestata all'Ente Pubblico di appartenenza o ad Azienda Privata)

Cognome e Nome (se la fattura sarà intestata direttamente al partecipante)

Indirizzo _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
Telefono _____ Fax _____
E-mail _____
C.F. _____
P. IVA _____

Informativa ai sensi del D.LGS 30/6/2003 n. 196

Autorizzo GECCO Eventi e Formazione, ad inserire i miei dati nelle loro liste, per il trattamento degli stessi ai fini divulgativi, scientifici e per la pratica ECM. In ogni momento potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione.

Per il consenso

Data _____ Firma _____

GECCO Eventi e Formazione (Provider ECM n. 1252)

Organizzazione Corsi di Formazione, Congressi, ed Eventi

Sede Legale Via V. Pisani, 50 – 55049 Viareggio (Lu) – sede Operativa: Via S. Martino, 77 – 56125 Pisa

Tel. 050 2201353 – Fax 050 2209734 – www.geccoef.it – formazione@geccoef.it

P. IVA 02449320460