

**Corso FAD ECM – 30 crediti formativi**  
**“Medicina antroposofica**  
**Polarità nella malattia: infiammazione e sclerosi”**

**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

<b>Iscrizione Corso</b>	<b>Quota di Iscrizione Iva inclusa</b>
	<b>€ 70,00</b>

**Modalità di pagamento**

**SI ACCETTANO PAGAMENTI CON BONIFICO BANCARIO intestato a: GECO Eventi e Formazione snc**  
**BNL Banca Nazionale del Lavoro IBAN IT75 N010 0514 0000 0000 0003 000**

**Nota bene e' obbligatorio indicare nella causale: nominativo iscritto + FAD MA 3**

**Si prega di inviare il seguente modulo debitamente compilato in stampatello leggibile via fax al n. 050 2209734, unitamente alla copia dell'avvenuto pagamento.**

**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 GECO Eventi e Formazione a 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 \_\_\_\_\_

**GECO Eventi e Formazione**

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.gecoef.it](http://www.gecoef.it) – [formazione@gecoef.it](mailto:formazione@gecoef.it)

P. IVA 02449320460