

DATI RELATIVI AL PARTECIPANTE

Nome..... Cognome

Indirizzo

CAP Città PROV.....

Luogo di nascita Data di nascita/...../.....

Tel. fisso..... Tel. cellulare

Indirizzo e-mail

Codice fiscale P. IVA (eventuale)

Professione. Disciplina.....

Iscritto all'Ordine/Albo/Associazione Professionale n.....

DESTINATARIO EVENTUALE FATTURA

Ente/Azienda/Società

Indirizzo

Città Prov. C.a.p.

P.IVA Cod.Fisc

DATI RELATIVI AL CORSO

Titolo del Corso : **Tematiche emergenti nell'ispezione sanitaria dei prodotti della pesca**

Sede : **FORMIA (LT) – Sala Conferenze Presidio Ospedaliero Sud- Via Appia Lato Napoli snc**

Data/e: **9 maggio 2014**

Numero di ore : **8** Numero Credito Formativi E.C.M. : **8.5**

Quota di partecipazione: €..... IVA inclusa, comprensiva del materiale didattico.

Modalità di pagamento

Annullamento dei corsi

O.P.E.S. si riserva di annullare il corso a seguito di problemi organizzativi.

In tal caso, all'iscritto verrà comunicato per telefono l'annullamento del corso almeno 5 giorni prima della data di inizio a cui seguirà comunicazione scritta (se possibile via e-mail). Le quote eventualmente già versate verranno restituite per intero mediante invio di assegno bancario non trasferibile.

Luogo e Data: _____

FIRMA PER ACCETTAZIONE DEL PARTECIPANTE

FIRMA PER O.P.E.S.

Formula di consenso per trattamento di dati personali

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 della legge 196/2003, autorizza O.P.E.S. a raccogliere, registrare ed utilizzare i dati personali su archivio cartaceo e/o elettronico in relazione alle esigenze contrattuali ed ai conseguenti adempimenti degli obblighi legali o contrattuali dalle stesse derivanti, nonché per conseguire un'efficace gestione dei rapporti commerciali.

FIRMA PARTECIPANTE _____