



HCSat FORMAZIONE

COME ISCRIVERSI

Adesione: per iscriversi all'evento basterà comunicarne l'adesione alla Segreteria Organizzativa HC Sat inviando il modulo di iscrizione:

- per mail all' indirizzo hcsat@hospital-consulting.it
- via FAX al numero :055/6498680

Le iscrizioni sono gradite entro il 04/07/2008 complete di tutte le informazioni.

La Hospital Consulting S.p.A. invierà conferma dell'avvenuta iscrizione all'indirizzo di posta elettronica indicato o telefonicamente.

La partecipazione all'evento è GRATUITA

Riferimenti per iscrizioni:

Segreteria organizzativa HCSat

Tel. 055/6498603

Fax 055/6498680

e-mail: hcsat@hospital-consulting.it

Modulo di iscrizione in allegato.

MODULO DI ISCRIZIONE

Nome* e cognome			
Nato/a a		il	
Comune di residenza	Prov. ()		
Via Numero civico e CAP			
Telefono*			
Professione*			
Struttura di appartenenza*			
Disciplina* (solo per medici, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici)			
E-mail*			
Vuoi iscriverti alla Newsletter HCSat?	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO

*: campi da compilare obbligatoriamente.

Tutti gli altri campi sono obbligatori in caso di corso accreditato ECM o per il quale sia stato richiesto accreditamento.

chiede di partecipare al corso

Titolo: *Dalla Pellicola Radiografica al Monitor. Diagnosi, controllo di qualità e gestione del parco installato.*

(La partecipazione all'evento è GRATUITA)

Sede: _____

Data: _____

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che i dati da Lei forniti con la sottoscrizione del presente modulo saranno trattati in modalità cartacea e/o elettronica e saranno utilizzati esclusivamente per le finalità di seguito specificate:

- informazioni riguardanti l'evento formativo in oggetto e relativa rendicontazione
- riprese audiovisive dell'evento formativo in oggetto ed eventuale trasmissione presso le altre sedi dove l'evento sarà erogato

Il conferimento dei dati è necessario ai fini della fruizione del corso in questione, ne consegue che in mancanza sarà impossibile erogare i ns. Servizi nei Suoi confronti. Con specifico riferimento alle riprese audiovisive La informiamo che tali riprese, necessarie ai fini dell'erogazione del ns. Servizio e strettamente collegate alla natura dell'evento, sono effettuate in presa diretta a cura di ns. personale specializzato e potranno eventualmente essere trasmesse ad altre sedi di erogazione del corso tramite tecnologia satellitare. La informiamo inoltre che i dati personali non saranno comunque oggetto di comunicazione e/o diffusione a terzi al di fuori degli obblighi di legge e contrattuali e potranno essere trattati esclusivamente dal nostro personale incaricato a tale scopo. I diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003 possono essere esercitati con richiesta rivolta al titolare o al responsabile del trattamento domiciliato presso la sede legale ai recapiti di seguito indicati: Hospital Consulting S.p.A., Via di Scolivigne 60/1 – Loc. Grassina 50015 (FI), oppure scrivendo una e-mail a info@hospital-consulting.it specificando nell'oggetto "Privacy".

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto avendo preso visione dell'informativa che precede presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali in conformità all'informativa suddetta.

Luogo e data _____

Firma _____