

SCHEDA DI ADESIONE

(da inviare alla Segreteria Organizzativa
entro il **15 Novembre 2007**)
SCRIVERE IN STAMPATELLO

IL TRATTAMENTO MEDICO DEI TUMORI GLIALI

Reggio Emilia, 1 Dicembre 2007

Dr./Dr.ssa Sig./Sig.ra _____

Azienda _____

Indirizzo: Via _____ n. _____

Città _____

Abitazione: Via _____ n. _____

Città _____ CAP _____

E-mail _____

TEL _____

Medico

Altro

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs 196/2003

(Codice in materia di protezione dei dati personali - PRIVACY).

I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al presente corso e per l'erogazione dei servizi connessi (ECM). L'autorizzazione al trattamento dei vostri dati è obbligatoria e in sua assenza, non ci sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall' Art. 7 del D.Lgs 196/2003.

Firma _____