



Gruppo Italiano Multidisciplinare per lo Studio della Sincope

SCHEDA DI ADESIONE

Si prega di compilare la scheda di partecipazione in stampatello e di inviarla a:

ALISER SRL

Fax 0805096077- mail: fenicia.cicerelli@alisersrl.it

Cognome

Nome

Via

CAP

Città

Prov

Ospedale

Dipartimento

Qualifica

Telefono fisso

Fax

Mobile

E-mail

Cod. Fiscale

P.IVA

Data nascita

Luogo

Dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e/o di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all'ente di appartenenza

Dichiaro di essere dipendente di una struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia informativa in materia di appartenenza e di aver richiesto ed ottenuto l'autorizzazione a partecipare all'evento

Invitato dall'Azienda (sponsor) _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003

Data _____

Firma _____