



SCHEDA D'ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE ECM

“Terapia riabilitativa e reintegrativa del paziente non autosufficiente nelle strutture protette e a domicilio”

Castrocielo, Hotel Liolà, 8 febbraio 2013

Da inviare alla segreteria organizzativa del corso, Santa Lucia Life, con la relativa quota di iscrizione entro il 31-01-2013, per fax al n. 0776- 79495 oppure per e mail al seguente indirizzo: info@santalucialife.it

Cognome/Nome.....

Qualifica professionale.....

Indirizzo per corrispondenza.....

CAP..... Città..... Pr.....

Tel..... E-mail..... Cod.Fiscale.....

Dipendente presso.....

QUOTA ISCRIZIONE (IVA inclusa)

-€50,00 per Medici- Infermieri-Fisioterapisti-Educatori-Terapisti occupazionali-Assistenti sociali-Psicologi

-€25,00 per O.S.S (rilascio attestato)

La quota di iscrizione al Corso dà diritto alla partecipazione, alla cartella con la documentazione del corso e all' Attestato di partecipazione.

Modalità di pagamento:

- BONIFICO BANCARIO, intestato a Santa Lucia life, **IBAN: IT30H0537274540000010509354**(Banca Popolare del Cassinate,agenzia 25 di Pontecorvo, con causale: quota iscrizione corsoecm 08-02-2013

-oppure recandosi presso la sede della Cooperativa Santa Lucia Life, in via Leuciana n.63, Castrocielo (FR) Tel. e Fax 0776-79495 /366-5365265, www.santalucialife.it, e mail : info@santalucialife.it

LA FATTURA ANDRA' INTESTATA

A:.....

P.IVA.....CF.....

Comunicazione ai sensi del D. Lgs 196/03

La informiamo che i dati da Lei comunicati all'atto della sua iscrizione sono inseriti negli indirizzi utilizzati dalla Santa Lucia Life per divulgazione di informazioni scientifiche. La Santa Lucia Life è titolare dei trattamenti dei dati. A norma delle disposizioni di legge in oggetto Lei può, in ogni momento, avere accesso ai suoi dati, chiederne la modifica, l'integrazione, la cancellazione oppure opporsi al loro utilizzo.

Data.....

Firma.....