

SCUOLA DI ECOGRAFIA DI BASE "CDI"

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI ECOGRAFIA DI BASE

Partecipante

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Residente a	Prov.	Cap.
Via/Vicolo/Piazza	n.	
Recapiti Telefonici	E-mail	
Codice Fiscale		
Anno di Laurea	Specializzazione/i	
Frequenza del corso teorico di base	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Socio SIUMB		

Azienda o Ente di Appartenenza

Città	Prov.	Cap.
Via/Vicolo/Piazza	n.	
Recapiti Telefonici	E-mail	

Dati per la fatturazione (si raccomanda di effettuare il versamento relativo alla quota di iscrizione solo al ricevimento della conferma di inizio corso da parte della Segreteria)

Intestazione fattura

Indirizzo

Città

Prov.

Cap.

C.F. o Partita IVA

Quota di iscrizione: Euro 1.464 (pari a Euro 1.200,00 + IVA 22%)

Pagamento: Bonifico bancario (al netto di spese bancarie) intestato a:

C.D.I. Centro Diagnostico Italiano S.p.A.

CASSA DI RISPARMIO DI PARMA E PIACENZA - CARIPARMA

IBAN:	I	T	4	9	Y	0	6	2	3	0	0	1	6	2	7	0	0	0	0	4	3	3	8	9	7	3	4
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Sigla Paese	Codice Controllo	Codice ABI	Codice CAB	Numero Conto Corrente
-------------	------------------	------------	------------	-----------------------

Causale di pagamento: "NOME e COGNOME della persona che si iscrive – corso ecografia di base – CDI".

○ ○ ○

Con la presente dichiaro:

- di essere in possesso di polizza assicurativa personale (obbligatoria) contro i rischi/infortuni derivanti dall'attività professionale;
- di aver preso visione del regolamento della scuola e di condividerlo integralmente;
- di prendere atto che il C.D.I. Centro Diagnostico Italiano S.p.A. ha adottato il proprio codice etico, reperibile sul sito internet <http://www.cdi.it/it/chisiamo.html>, e di impegnarmi ad osservarlo nell'ambito delle attività inerenti la partecipazione al Corso di Ecografia di Base, in quanto applicabile a tutti i soggetti che entrano in relazione con C.D.I. Centro Diagnostico Italiano S.p.A. stesso.

Luogo/Data

Firma

Informativa Art. 13 D.L.gs. 196/2003

La informiamo che in relazione al D.L.gs. 196/2003 il trattamento dei Suoi dati personali, sarà improntato sui principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati da Lei forniti verranno trattati solo ed esclusivamente per finalità istituzionali.

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo,

presto il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati da parte di C.D.I. Centro Diagnostico Italiano S.p.A. per i fini indicati nella suddetta informativa.

Luogo/Data

Firma
