

MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al Convegno

1° CONGRESSO DI MEDICINA ESTETICA, RIGENERATIVA E ANTIAGING

Roma, 5 e 6 Aprile 2024

c/o Aula Tesi Università Unicusano - Via Don Carlo Gnocchi 3

PARTECIPAZIONE GRATUITA – ISCRIZIONE OBBLIGATORIA
(si richiede l'invio del modulo di iscrizione entro 7 giorni precedenti la data del convegno)

COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PROFESSIONE _____

SPECIALIZZAZIONE _____

Esercita la professione presso:

Ente pubblico Lab. Analisi, Clinica privata

Poliambulatorio medico Libero professionista Altro

Via/Viale/Piazza _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. abitazione _____ Tel. Studio _____

Cellulare _____ Fax _____

E.mail _____

Il sottoscritto, facente parte delle categorie sanitarie per le quali l'evento è accreditato (Medici, Biologi, Farmacisti, Psicologi), intende partecipare con acquisizione dei crediti ECM

N.B. IMPORTANTE SI PREGA COMUNICARE EVENTUALI DISDETTE DI ISCRIZIONE

Autorizza inoltre il trattamento dei dati personali per l'invio di comunicazioni interne dell'U.P.A.I.Nu.C.srls Informativa sulla privacy: U.P.A.I.Nu.C.srls. informa che il trattamento dei dati personali forniti dal richiedente saranno utilizzati esclusivamente per l'iscrizione ai corsi di aggiornamento, nei termini previsti dalla normativa attualmente in vigore (D.Lgs. 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali" e GDPR n. 2016/679). Eventuali recapiti telefonici o e-mail, spontaneamente forniti dal richiedente, possono essere utilizzati quale mezzo di comunicazione per U.P.A.I.Nu.C.srls. Per ogni variazione ai Suoi dati o per esercitare i diritti previsti dall'art. 12 del GDPR, può rivolgersi a U.P.A.I.Nu.C.,srls titolare del trattamento, i cui estremi sono indicati in questo documento (info@upainucformazione.it).

In fede
