



S.I.F.  
Società Italiana di Flebologia  
Presidente Fondatore: Giuseppe Genovese  
Presidente Eletto: Antonio Tori

# SCHEDA DI ISCRIZIONE ANNO 2011

DA INVIARE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

MediService s.r.l. Via Garibaldi, 77 - 27051 Cava Manara (PV) Tel. 0382.454083 – Fax. 0382.554500

<b>Nome</b>	_____	<b>Cognome</b>	_____
<b>Nato a</b>	_____	<b>il</b>	_____
<b>Cod.Fisc.</b>	_____	<b>Partita IVA</b>	_____
<b>Indirizzo</b>	_____	<b>Cap.</b>	_____
<b>Città</b>	_____	<b>Prov.</b>	_____
<b>Telefono</b>	_____	<b>Cellulare</b>	_____
<b>Qualifica professionale</b>	_____	<b>Disciplina</b>	_____
<b>Ente di appartenenza</b>	_____	<b>Indirizzo ente</b>	_____
<b>Telefono ente</b>	_____	<b>E-mail (personale)</b>	_____

## SEGNALARE LA QUOTA D'ISCRIZIONE RIFERITA ALLA PROFESSIONE SVOLTA

(Gli infermieri e i fisioterapisti possono scegliere di aderire o meno al Gruppo di Linfologia)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> €. 50,00 - MEDICO         | <input type="checkbox"/> €. 25,00 - SPECIALIZZANDO                     |
| <input type="checkbox"/> €. 20,00 - INFERMIERE     | <input type="checkbox"/> €. 20,00 - INFERMIERE (Gruppo Linfologia)     |
| <input type="checkbox"/> €. 20,00 - FISIOTERAPISTA | <input type="checkbox"/> €. 20,00 - FISIOTERAPISTA (Gruppo Linfologia) |

### Modalità di pagamento:

- Allego ricevuta bonifico bancario di € \_\_\_\_\_ presso Banca Popolare di Vicenza Fil. 0635 V.le Golgi, 63/a - 27100 Pavia su C/C IT71 G057 2811 3016 3557 0644199 intestato **Mediservice s.r.l. per conto S.I.F.**

causale: "Iscrizione S.I.F. – Società Italiana di Flebologia - ANNO 2011"

N.B.: La presente scheda d'iscrizione deve essere correttamente compilata in OGNI campo e deve essere inviata CONTESTUALMENTE ALLA RICEVUTA DI PAGAMENTO

### RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI (Decreto legislativo 30/06/03, n. 196)

IL SOTTOSCRITTO, ACQUISITE LE INFORMAZIONI DI CUI AL DECRETO LEGISLATIVO DEL 30 GIUGNO 2003 N. 196, AI SENSI DELL'ARTICOLO 9 DEL DECRETO LEGISLATIVO STESSO, CONFERISCE IL PROPRIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, AL FINE DI CONSENTIRE INFORMAZIONI COMMERCIALI E SCIENTIFICHE, OLTRE CHE PER LA GESTIONE DI COMUNICAZIONI A CARATTERE INFORMATIVO, ORGANIZZATIVO E COMMERCIALE. IL SOTTOSCRITTO PUÒ IN OGNI MOMENTO ESERCITARE I DIRITTI DI CUI ALL'ARTICOLO 18, TRA CUI IL DIRITTO DI OPPORSI AL TRATTAMENTO DEI DATI CHE LO RIGUARDANO AI FINI PREVISTI O DI RICHIEDERE LA MODIFICA O CANCELLAZIONE DEGLI STESSI, CON COMUNICAZIONE SCRITTA ALLA: MEDISERVICE S.R.L. - VIA GARIBALDI, 77 - 27051 CAVA MANARA (PV)

SÌ       NO

FIRMA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_