



S.O.N.O.  
società  
oftalmologica  
nord occidentale

## XLIII° RIUNIONE S.O.N.O.

AOSTA - 5-6 ottobre 2018

### SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

da spedire entro il 10 settembre 2018 a Formazione ed Eventi SRL - fax 06.87192213

Prof./Dott. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Categoria ECM:  Oculista

Posizione (obbligatorio per ECM):  Libero Professionista  Convenzionato  Dipendente

**Desidero iscrivermi alla XLIII° Riunione SONO nella giornata di:**

**VENERDÌ 5 OTTOBRE 2018**  **SABATO 6 OTTOBRE 2018**

in qualità di Socio (quota rinnovata anno 2018\*) - gratuito

\*rinnovabile in sede congressuale presso la segreteria SONO

in qualità di Specializzando Scuole Torino e Genova - gratuito

in qualità di non Socio ed invio pertanto la somma di € 150,00 (IVA inclusa) mediante:

bonifico bancario su: Banca Unicredit

IBAN: IT 88F0200805030000401320851 intestato a Formazione ed Eventi SRL - Roma  
(causale iscrizione XLIII Riunione SONO 2018). Allegare fotocopia del bonifico

**Parteciperò alla Cena Sociale (riservata ai soci SONO 2018) (prenotazione obbligatoria)**

**NO**  **SI**  Accompagnatori n° \_\_\_\_\_

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE

Intestazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

C.F. o P. IVA \_\_\_\_\_

qualora la quota di iscrizione venga corrisposta da Ente Pubblico (ad es. USL) l'IVA non è dovuta. In tal caso sarà necessario allegare alla scheda di iscrizione, (anche via fax) una specifica richiesta da parte dell'Ente, che autorizzi Medicina Viva ad emettere fattura IVA esente riportando la seguente dicitura: "Ai sensi dell' art. 10 D.P.R. n. 633/72 come disposto dall'art. 14 comma 10 Legge n. n. 537/93."

Informativa: Ai sensi del D.lgs n. 196/03 si informa che i Suoi dati personali saranno trattati, con l'utilizzo anche di strumenti elettronici, per finalità connesse allo svolgimento dell'evento. Il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario, la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle prestazioni richieste. I Suoi dati saranno trattati da personale incaricato (addetti di amministrazione e di segreteria), e potranno essere comunicati a soggetti ai quali la comunicazione risulta necessaria per legge, al Ministero della Salute ai fini ECM e a soggetti connessi allo svolgimento dei servizi relativi all' evento (es hotel, agenzia di viaggio etc...).

Previo consenso, i suddetti dati potranno essere utilizzati anche per informarla dei nostri futuri eventi. Le ricordiamo, infine, che Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/2003 in particolare, il diritto di accedere ai Suoi dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, rivolgendo le richieste al responsabile per il riscontro all'interessato, Dott. **Isabella Palombo**. Il titolare dei suoi dati è **Formazione ed Eventi SRL con sede legale a Roma, Via di Monte Brianzo 59 00186**

Consenso al trattamento dei dati personali  Sì  No

Consenso all' invio anche tramite e-mail o fax di materiale informativo.  Sì  No

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_