SCHEDA DI ISCRIZIONE

Desidero iscrivermi ai seguenti corsi:

corso .... codice corso ☐☐☐☐

corso .... codice corso ☐☐☐☐

corso .... codice corso ☐☐☐☐

corso .... codice corso ☐☐☐☐

cognome . . . . nome . . . .

via . . . . N° . . . .

città . . . . CAP . . . . pv . . . .

tel . . . . fax . . . .

e-mail . . . .

N° . . . . Iscrizione all'Albo dei Medici e degli Odontoiatri

nato a . . . . data di nascita . . . . anno di laurea. . . . .

C. F. partecipante . . . .

intestazione fattura . . . .

. . . .

P. IVA . . . .

C. F. . . . .

Pago nel seguente modo:

☐ **Con carta di credito** (autorizzo l'addebito per l'importo sopra indicato)

☐ CartaSi/Visa/Master Card ☐ American Express

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Scadenza — Cod. Sicurezza

☐ **Con Bonifico bancario** intestato a ACME s.a.s.
Deutsche Bank IBAN: IT 85 A 03104 14500 000000820077
Ne invio copia unitamente alla scheda d'iscrizione, compilata e sottoscritta.

☐ **Con assegno bancario** non trasferibile intestato a ACME s.a.s.
per l'intera quota, che invio unitamente alla scheda d'iscrizione compilata e sottoscritta.

☐ **C/C postale** 24758385 _ ABI 07601 _ CAB 14500 _ CIN O intestato a ACME s.a.s.,
invio copia della ricevuta unitamente alla scheda d'iscrizione compilata e sottoscritta.

Vi confermo che qualora non dovessi dare disdetta prima di 15 giorni dalla data di inizio del corso non avrò diritto alla restituzione della quota di iscrizione. Se, viceversa, darò disdetta prima di 15 giorni dall'inizio del corso avrò diritto alla restituzione della quota di iscrizione decurtata della somma di Euro 30,00 per Vs. spese di segreteria. Resta inteso che qualora per motivi organizzativi doveste annullare il corso, mi restituirete l'intera quota. Resta inoltre inteso che qualora per cause di forza maggiore o di impossibilità sopravvenuta il corso non si dovesse tenere, avrò diritto esclusivamente al rimborso della quota versata. Prendo atto che i crediti E.C.M. mi verranno rilasciati solo se avrò partecipato all'intera durata dal corso e riconsegnato, compilati e firmati le schede di valutazione e il questionario dove previsto.

Firma. . . . . Data . . . .

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003. La informiamo che i dati personali forniti nella scheda di iscrizione saranno trattati dalla Acme sas con modalità cartacee e informatiche, ai soli fini dell'attività formativa e degli adempimenti di legge conseguenti. I dati sono obbligatori per la gestione dei corsi e non saranno diffusi a terzi ma utilizzati per lo svolgimento degli eventi educativi, della promozione dei prodotti editoriali specializzati, e di ogni altra attività di comunicazione finalizzata all'accrescimento delle competenze professionali e scientifiche. Ai sensi dell' art. 7 dello stesso Decreto potrà sempre esercitare i suoi diritti tra i quali l'accesso, la cancellazione, la correzione e l'opposizione al trattamento dei dati personali.

Data . . . . Autorizzo il trattamento . . . .

Letta la nota informativa, esprimo il mio consenso a che i dati da me forniti siano utilizzati per l'invio di informazioni ed offerte commerciali del settore dentale.

Data . . . . Autorizzo il trattamento . . . .

Spedire in busta chiusa a Acme via Garbini, 84/g - 01100 Viterbo o inviare via Fax al numero: 0761 345971

ACME

Spazio riservato alla **ACME**