

REGISTRATION FORM
WORKSHOP ADVANCED IMAGING IN LYMPHOMA
Palermo November 10th, 2016

COGNOME.....

NOME.....

LUOGO E DATA DI NASCITA.....

INDIRIZZO **CAP**

CITTA' **PROV.** (...)

SPECIALIZZAZIONE (BARRARE QUADRATINO)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA | <input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEARE |
| <input type="checkbox"/> EMATOLOGIA | <input type="checkbox"/> ONCOLOGIA |

ENTE DI APPARTENENZA

DIPARTIMENTO

INDIRIZZO **CAP**

CITTA'

NUMERO TELEFONO **CELLULARE**

E-MAIL.....

ISCRIZIONE ALLA SOCIETA'

Il Decreto Legislativo del 30/06/03 n. 196 tutela il diritto alla privacy sui dati personali raccolti con questa scheda. Le informazioni da Lei fornite per l'iscrizione al presente evento, saranno oggetto di trattamento nel rispetto delle disposizioni sopra menzionate e degli obblighi di riservatezza che ispirano l'attività di App Servizi srl. Il trattamento dei dati sarà effettuato per dare corso alla Sua iscrizione, invio di materiale informativo inerente l'organizzazione di attività da parte della nostra Agenzia, gestione amministrativa ed extracontabile.

- Acconsento al trattamento dei miei dati personali per i fini qui indicati. Non acconsento al trattamento dei miei dati personali, fatta eccezione l'iscrizione al presente evento ed ai trattamenti obbligatori previsti per legge.

L'ISCRIZIONE E' GRATUITA. MA NON SARA' RITENUTA VALIDA SE NON PREVENTIVAMENTE TRASMESSA

DATA **FIRMA**