

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare alla Segreteria Organizzativa ADB Eventi&Congressi **entro il 6 Ottobre 2023**

Fax 051 0959164 - [email info@adbcongressi.it](mailto:info@adbcongressi.it)

CATEGORIA PROFESSIONALE

MEDICO CHIRURGO

- MEDICINA GENERALE - MEDICI DI FAMIGLIA**
- CHIRURGIA GENERALE**
- GASTROENTEROLOGIA**
- MEDICINA INTERNA**
- ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

DATI PARTECIPANTE

Cognome

Nome.....

Nato a il.....

Codice fiscale

Tel..... Cellulare

E-mail

SEDE LAVORATIVA

Istituto / Ospedale

Reparto

CAP.....

Città..... Prov

PRIVACY In piena conoscenza del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR - UE/2016/679), **autorizzo ADB Eventi&Congressi** e acconsento, sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali nei limiti della predetta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data.....

Firma