

MOD.AAP.20: "Scheda del partecipante a pagamento"

(iscrizione a pagamento)

TITOLO INIZIATIVA, data e luogo svolgimento:		

QUOTA DI ISCRIZIONE _____, ____ (esente IVA) oltre ad € 2,00 di bollo per importi superiori ad € 77,46		
Cognome: _____	Nome: _____	sexso: [] M [] F
Data di nascita: ____/____/____	Luogo di nascita: _____	Prov.: _____
Codice fiscale: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Comune residenza: _____ CAP: _____		Prov.: _____
Indirizzo: _____		n. _____
Comune domicilio (se diverso dalla residenza): _____ CAP: _____		Prov.: _____
Indirizzo: _____		n. _____
Mail (obbligatoria): _____		
Tel. _____		Cell. _____
Libero Professionista/ Dipendente (barrare un'opzione): <input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione		
Professione (Profilo/Qualifica): _____	Disciplina/specializzazione (se prevista dal profilo): _____	
Azienda di appartenenza: _____		
Struttura: _____		
Indirizzo servizio: _____		
Telefono/Mail: _____		

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Il pagamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato, contestualmente al ricevimento della fattura emessa dall'ASL Toscana Centro nei confronti del soggetto o ente dichiarato, con le modalità indicate nella fattura stessa.

Dovrà inoltre essere specificata la causale del versamento "ISCRIZIONE AL - TITOLO EVENTO - Cognome Nome Partecipante/i"

L'iscrizione verrà ritenuta valida solo al momento dell'invio, per e-mail, della scheda di iscrizione corredata dalla copia dell'avvenuto pagamento.

L'e-mail dovrà essere inviata alla segreteria di riferimento _____

In caso di impossibilità di partecipazione saremo lieti di accettare un collega in sostituzione, purché il nominativo venga comunicato almeno due giorni prima della data dell'evento.

DATI PER FATTURAZIONE

Intestazione fattura (Ragione sociale per le Aziende):

Partita I.V.A. _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

nr. _____ Cap. _____

Città _____

Provincia _____

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e smi "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) il trattamento dei dati raccolti sarà effettuato solo per il fine per cui sono stati richiesti. Tale trattamento verrà eseguito adottando le misure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza.

Data e firma per accettazione

____/____/____, _____