



**SCHEDA DI PRE-ISCRIZIONE**  
**“NUTRIZIONE, BELLEZZA E BENESSERE” - 2° corso di Perfezionamento Teorico-Pratico**  
**NAPOLI 24-25 MAGGIO 2019**

SI PREGA DI RINVIARE LA SCHEDA COMPILATA ALL'INDIRIZZO EMAIL:

[INFO@EMSGROUP.IT](mailto:INFO@EMSGROUP.IT)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA NASCITA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

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

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

**DISCIPLINA** (evento accreditato per le seguenti discipline: Medico Chirurgo (Gastroenterologia, Malattie metaboliche e diabetologia, Medicina interna, Psichiatria, Chirurgia Generale, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia plastica e ricostruttiva, Chirurgia vascolare, Scienza dell'alimentazione e dietetica); Biologo (Biologo); Dietista (Dietista); Farmacista (Farmacia ospedaliera, Farmacia territoriale); Fisioterapista (Fisioterapista); Odontoiatra (Odontoiatra); Podologo (Podologo).

SEDE LAVORATIVA \_\_\_\_\_

PROVINCIA E N. ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI PROFESSIONALI (Barrare una delle seguenti caselle):**

- Libero professionista  Dipendente  
 Convenzionato  Privo di occupazione

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto reclutamento diretto da parte dello Sponsor a seguito di ricezione di formale invito nominale:

SI  SPONSOR: \_\_\_\_\_  NO

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver richiesto ed ottenuto opportuna autorizzazione dal proprio Ente di appartenenza alla partecipazione alla presente attività formativa.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione dell'Informativa partecipanti.

Data

Firma

Il Sottoscritto, dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della **Normativa Privacy applicabile (regolamento (UE) 2016/679** che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. EURO MEDICAL SERVICE SRL, come richiesto dalla Commissione Nazionale ECM con determina 18 Gennaio 2011, Le ricorda per ogni professionista sanitario il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento acquisibili mediante reclutamento diretto. Con la presente, inoltre, ai sensi della Normativa Privacy applicabile (regolamento (UE) 2016/679, il sottoscritto rende noto a questa Segreteria di autorizzarla al trattamento dei suoi dati personali per l'espletamento delle procedure relative al corso in oggetto, in particolare per i fini ECM, tra cui, a titolo esemplificativo e non tassativo, la pubblicazione del proprio curriculum nella Banca Dati del sito ECM e la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti partecipanti" del Rapporto ECM" e per tutte le attività correlate al suddetto evento.

Data

Firma



## QUOTA ISCRIZIONE AL CONGRESSO E MODALITA' DI PAGAMENTO

La quota di iscrizione è pari a: 60,00 € iva inclusa

L'iscrizione include la partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, light lunch, coffee break, attestato di partecipazione ed ECM se conseguiti.

Ai fini ECM il corso è a numero programmato (max 50 partecipanti) per cui la selezione si baserà sulla data di arrivo della scheda di adesione.

La quota di partecipazione alla cena con show cooking è pari a 50€ iva inclusa

Per l'iscrizione prego rivolgersi alla segreteria organizzativa.

➤ **Modalità di pagamento:**

Effettuare **Bonifico Bancario su C/C intestato a:**

Euro Medical Service S.r.l. Banco di Napoli – Ag. 45

C/C n° 000000027554 IBAN: IT42N03069034410027000005

**Appena effettuato il bonifico si prega di inviare copia della contabile di pagamento a [info@msgroup.it](mailto:info@msgroup.it)**

Inserire i dati della fatturazione (se differenti da quelli indicati nel form di iscrizione):

Nome e Cognome opp Società: \_\_\_\_\_

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

## **CREDITI ECM: 13,9**

Il congresso è stato accreditato presso gli organi competenti del Ministero della Salute

Per conseguire i crediti è necessario: partecipare in misura del 100% ai lavori congressuali, riconsegnare la modulistica debitamente compilata e firmata al termine dell'evento in segreteria; raggiungimento di almeno il 75% delle risposte esatte del questionario di valutazione.

**L'effettiva prenotazione dei suddetti servizi avverrà alla ricezione della copia contabile del pagamento, entro e non oltre 20 gg prima dell'inizio dell'evento.**