



Modulo di preiscrizione da inviare via FAX

Spett.le **ECMLIVE**
Via Lessona n. 5
20157 Milano
Fax **0256561879**
Fax **02700411334**

DATI PERSONALI

*Nome _____
*Cognome _____
Residenza o Domicilio _____
*Via _____ n° _____
*Città _____ CAP _____
Telefono _____ *Cell. _____
*Codice Fiscale _____ *Nato/a il ___/___/___
*Nel Comune di _____
*E- mail _____

ALTRI DATI

Qualifica _____
Disciplina U.O. _____ Azienda _____
Reparto _____
*Titolo dell'corso:

FORMAZIONE PER INFERMIERI SUL RECLUTAMENTO "OUT DOOR" DI DONATORI DI MIDOLLO OSSEO

Vuole essere informato su futuri eventi formativi Si No
 Via E-mail _____
 Via SMS _____ Via Fax _____

Data ___/___/___

In Fede

*campo obbligatorio

Firma leggibile

L'invio del presente modulo non costituisce alcun obbligo per ECMLIVE SRLS

Con la presente iscrizione, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Nuovo regolamento Europeo 2016/679 sulla privacy. I dati saranno inseriti nella piattaforma web ECMBOX.IT, successivamente il presente fax verrà distrutto. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti. L'Utente è consapevole che qualora consegua un attestato ECM rilasciato dalla Nostra piattaforma, tutti i propri dati rimarranno nel nostro archivio storico per 10 anni. Ai sensi dell'art. 7 comma 3 lettera a, potrà richiedere in ogni momento la modifica, il blocco o la cancellazione dei suoi dati.