

## INFORMAZIONI GENERALI

### SEDE DEL CORSO

Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche - Aula Magna  
Università degli Studi di Bologna - Via San Vitale, 59 - 40125 Bologna tel. 051-278014

### ACCREDITAMENTO ECM

E' stata inoltrata al Ministero della Salute la richiesta di accreditamento nell'ambito del programma formativo E.C.M. (Educazione Continua in Medicina).  
Il numero dei crediti verrà reso noto ai partecipanti non appena assegnato.

### PARTECIPAZIONE AL CORSO

- |   |                     |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Soci SIRM</b> - La quota d'iscrizione al Corso è di     | € 50 (IVA inclusa)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Non Soci SIRM</b> - La quota d'iscrizione al Corso è di | € 150 (IVA inclusa) |

e comprende:

- . ingresso ai lavori scientifici
- . kit congressuale
- . coffee break
- . colazione di lavoro
- . volume degli atti
- . attestato di frequenza

### MODALITA' DI PAGAMENTO DELL' ISCRIZIONE

Il pagamento, da inviarsi unitamente alla scheda di iscrizione **entro il 10 Dicembre 2004**, potrà essere effettuato tramite:

- assegno circolare o bancario non trasferibile intestato a:  
OSC BOLOGNA srl, Via Santo Stefano 6, 40125 Bologna
- bonifico bancario effettuato a favore di OSC BOLOGNA srl presso CARISBO, Filiale n. 9 Piazza Cavour, c/c 07400025282A, ABI 06385, CAB 02409, CIN W, specificando il nome e l'indirizzo della/e persona/e che si iscrive/ono e il titolo del **CORSO DI RADIOLOGIA ODONTOSTOMATOLOGICA E CAPO-COLLO**  
Commissioni bancarie a carico del committente
- Conto corrente postale n. 46611281 intestato a OSC BOLOGNA srl, specificando in causale Corso di Radiologia Odontostomatologica e Capo-Collo
- carta di credito:  MASTERCARD  VISA  AMERICAN EXPRESS

N. carta di credito:

Data di scadenza \_\_\_\_\_ Titolare \_\_\_\_\_

Per l'emissione della fattura è necessario indicare sulla scheda d'iscrizione il Codice Fiscale o Partita IVA (obbligatoria se esistente) e l'indirizzo fiscale corrispondente.  
Non saranno accettate schede di iscrizione incomplete e non corredate della relativa quota.

### CANCELLAZIONI

In caso di rinuncia comunicata per iscritto prima del 22 Dicembre 2004, la quota sarà rimborsata con una trattenuta di € 15.00 per spese amministrative. Non verrà effettuato alcun rimborso per rinunce comunicate dopo tale data.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



## Corso Itinerante della Sezione di Radiologia Odontostomatologica e Capo-Collo

### SCHEDA DI ADESIONE

Nome.....Cognome .....

Nato a.....il.....

Codice fiscale.....

Partita IVA.....

Anno di Laurea.....Università di.....

Iscritto all'ordine provinciale di .....

In data.....N° iscrizione albo.....

Specializzato in.....

Indirizzo Ab.....

Cap.....Città.....Pr.....

Tel .....Cell.....

E-mail.....

Struttura di appartenenza.....

Indirizzo.....

Cap.....Città.....Pr.....

Tel.....Cell.....

E-mail.....

I Suoi dati sono trattati nel rispetto della normativa vigente (liceità, trasparenza e correttezza) in forma anche automatizzata al solo fine di prestare i servizi che comprendono:

- informazione sulle iniziative di OSC Bologna S.r.l.
- studi e ricerche statistiche e di mercato
- predisposizione del registro dei collegamenti
- informazione sui corsi di formazione ECM e convegni
- informazioni su pubblicazioni scientifiche

con modalità strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia, non potremo dare corso all'iscrizione. Titolare del trattamento è OSC Bologna s.r.l.. Potrà esercitare i diritti dell'art. 7 del D.LGS. n. 196/03 (accesso, correzione, integrazione, opposizione, cancellazione....) rivolgendosi al titolare del trattamento. I suoi dati saranno trattati da incaricati preposti alla gestione dei quesiti, al marketing e potranno essere comunicati a società che collaborano con OSC Bologna per le medesime finalità CONSENSO EX ART. 23 DEL D. LGS. N. 196/03

*Letta l'informativa acconsento al trattamento dei dati personali per le iniziative ed i servizi sopra esposti:*

Data..... Firma.....

Da inviare debitamente compilata entro il 10 dicembre 2004

**OSC BOLOGNA s.r.l**  
Via S. Stefano, 6 - 40125 Bologna  
Tel. 051-224232 - Fax 051-226855  
info@oscbologna.com