

XIII Corso Avanzato di Aggiornamento in Coagulazione

Per Medici e Biologi

Roma, 26 gennaio – 24 maggio 2012

Sede Nazionale AIPaCMeM

Scheda di partecipazione

**La scheda deve essere compilata ed inviata alla Segreteria AIPaCMeM
tramite fax 068600042 e/o per e-mail aipacmem@tin.it**

Il sottoscritto.....

residente a.....Via.....

Tel. Fax Cell..... E-mail

Istituto o Ente

Qualifica

E' interessato a partecipare al Corso

Data Firma

Informativa ai sensi del D. LGS. 30 giugno 2003, N. 196

AIPaCMeM, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i dati personali da Lei forniti ovvero acquisiti da terzi, sono trattati per finalità connesse all'esecuzione degli adempimenti relativi alla Sua partecipazione al corso, nonché per l'invio gratuito di documentazione relativa ad altre sue iniziative.

I trattamenti sono effettuati mediante elaborazioni manuali o strumenti elettronici o automatizzati, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati personali.

Il Titolare del trattamento può avvalersi di altre società del gruppo e/o di soggetti di propria fiducia che svolgono compiti quali: servizi stampa, comunicazioni alla clientela, elaborazione dati e consulenza informatica. I dati potranno pertanto essere comunicati a tali soggetti nonché ad associazioni scientifiche, enti pubblici o privati proposti alle attività formative ECM, case editrici, intermediari bancari e finanziari e società partecipanti al convegno con attività promozionali, sempre in relazione all'espletamento delle attività relative al congresso e alla formazione.

Il conferimento dei Suoi dati personali è facoltativo ma in difetto Le sarà preclusa la partecipazione al convegno.

Lei potrà esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D. Lgs. n. 196 del 2003 e di opporsi sia al trattamento dei Suoi dati personali, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, sia al trattamento degli stessi ai fini di invio di materiale pubblicitario, di vendita diretta o di ricerche di mercato, inoltrando apposita istanza ad: AIPaCMeM – Via Luigi Ungarelli, 23 - Roma.

Per il consenso ai trattamenti e alle comunicazioni descritti nell'informativa.

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