



2019  
**CAPRI  
CAMPUS**<sup>®</sup>  
OTTAVA EDIZIONE

**CAPRI, 12-14 APRILE 2019**



## MODULO DI ADESIONE

La preghiamo di compilare la seguente scheda di adesione in stampatello e di inviarla alla Segreteria Organizzativa tramite e-mail a: **info@caprimed.com**

### EVENTO (barrare la casella relativa)

CAMPUS IN ONCOLOGIA

CAMPUS IN VACCINOLOGIA

CAMPUS IN ORTOPEDIA

### DATI ANAGRAFICI PARTECIPANTE

Cognome.....

Nome .....

Telefono (ufficio) ..... Fax (ufficio) .....

Cellulare.....

Email .....

Indirizzo di residenza.....

Città..... CAP .....

Data di nascita ..... Codice Fiscale .....

Documento di identità ..... Numero .....

Rilasciato il ..... Valido al .....

Professione (Medico, Farmacista, Infermiere...) ..... Iscrizione all'Albo.....

Disciplina di Specializzazione .....

Struttura di Lavoro .....

**SOTTOSCRIVO CHE SONO STATO INVITATO DALL'AZIENDA SPONSOR**.....

### INTESTAZIONE FATTURA (se invitato inserire i dati dell'Azienda sponsor)

Nome/Ragione sociale.....

Via..... N. ....

Città..... CAP .....

Codice Fiscale ..... P.IVA .....

Codice SDI ..... PEC .....

### Spedizione fattura (se diverso dai dati di intestazione)

Nome/Ragione sociale.....

Via..... N. ....

Città..... CAP .....



2019  
**CAPRI  
CAMPUS**<sup>®</sup>  
OTTAVA EDIZIONE

**CAPRI, 12-14 APRILE 2019**



## QUOTA DI ISCRIZIONE

### A – ISCRIZIONE GIORNALIERA

Totale €120,00 +IVA (146,40 ivato)

#### La quota comprende:

- Partecipazione ai lavori congressuali
- Kit congressuale
- N. 1 Lunch
- Assicurazione
- Gestione

### B - SOLO ISCRIZIONE

Totale €500,00 +IVA (610,00 ivato)

#### La quota comprende:

- Partecipazione ai lavori congressuali
- Crediti ECM
- Kit congressuale
- N. 1 welcome cocktail
- N. 1 colazioni di lavoro a buffet
- Assicurazione
- Gestione

### C - PACCHETTO CONGRESSISTA

#### Quota di iscrizione già compresa

Totale €1.250,00 +IVA (1.525,00 ivato)

#### La quota comprende:

- N. 2 Pernottamenti in camera DUS, in 12 out 14 aprile 2019 Hotel 4 Stelle
- N. 1 welcome cocktail
- N. 1 colazioni di lavoro a buffet
- N. 2 cene
- Iscrizione al singolo Campus
- ECM
- Segreteria
- Assicurazione

TOTALE € ..... DATA ..... FIRMA .....

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

I pagamenti potranno essere effettuati tramite bonifico bancario a:

**CAPRI EVENT SRL - BANCO DI PIACENZA - IBAN IT12T0515601600CC0570007039 - Causale: 0319CAPRI**

Il mancato versamento del saldo entro i termini previsti farà automaticamente decadere l'iscrizione al Congresso.

## ECM

Il presente Corso è in fase di accreditamento presso il Ministero della Salute per l'erogazione di crediti di formazione continua.

### Consenso al trattamento di dati personali forniti

Compilando la seguente scheda di iscrizione autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti in questo modulo, la conservazione e la loro trasmissione agli eventuali partners dell'evento, in conformità al Regolamento CE, Parlamento Europeo 27/04/2016 n. 679.

A tal fine Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati al fine di documentare e gestire la Sua Iscrizione e partecipazione a congressi, eventi, meeting, riunioni, manifestazioni in genere denominate e organizzate da Capri Event Srl, e ai fini prescritti dalla Legge; 2. Il trattamento sarà effettuato con modalità manuali, telematiche e informatizzate; 3. I dati potranno essere comunicati a fornitori di servizi esterni quando strettamente necessario per l'espletamento dei servizi correlati alla manifestazione. Il conferimento dati è condizione essenziale per la Sua partecipazione al Congresso. 4. Il trattamento e l'inoltro potrebbe riguardare anche i "dati sensibili"; 5. In qualsiasi momento potrà richiedere l'eliminazione delle informazioni personali da Lei rilasciate. Sarà sufficiente inviare una raccomandata AR alla sede legale di Capri Event Srl specificando quali informazioni si desidera vengano cancellate; 6. Titolare del trattamento dei dati è Capri Event Srl - Via Pietrasanta, 12 - 20141 Milano

- Autorizzo il trattamento dei dati identificativi ai sensi del Regolamento CE, Parlamento Europeo 27/04/2016 n. 679 in formato elettronico e/o cartaceo per le finalità connesse all'accreditamento ECM. Responsabile del trattamento Capri Event Srl.
- Autorizzo il trattamento dei dati identificativi personali ai fini del trattamento a Capri Event Srl e ad aziende terze per l'utilizzo ai fini di aggiornamento, diffusione di promozioni commerciali e fini diversi dall'accreditamento ECM.

Luogo e data .....

Firma.....

## SEGRETARIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER ECM



### Capri Event Srl - Provider 2174

Sede Legale: Via Pietrasanta, 12 - 20141 Milano

Sede Operativa: Via Lo Palazzo, 24 - 80073 Capri (NA)

Tel. +39 081 8375841 - info@caprimed.com - www.caprimed.com

CapriMed® è un marchio di Capri Event Srl