

# **SEMINARIO** **APPLICAZIONI IN OZONO TERAPIA**

**ECM ASSEGNATI: 21 CREDITI**



**Sabato 10 Ottobre 2020**

**"Università di Ferrara"**

**Dipartimento di Morfologia e Medicina Sperimentale**

**Sabato 17 Ottobre 2020**

**"Poliambulatorio Arcobaleno di Imola"**

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare il modulo in STAMPATELLO ed inviarlo a [ozonsegreteria@medica-srl.com](mailto:ozonsegreteria@medica-srl.com)

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

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ C. FISCALE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA (leggibile) \_\_\_\_\_

**La quota di partecipazione è di € 700,00 per 2 giornate e di € 300,00 per 1 giornata**

- L'iscrizione dà diritto alla partecipazione al corso, al coffee break, al pranzo, all'attestato di partecipazione, alla partecipazione al programma ECM.

**METODO DI PAGAMENTO**

Bonifico bancario sul c/c intestato a:

"MEDICA SRL"

- IBAN: IT 94 W 05387 02413 000000827420
- La causale di pagamento sul bonifico deve recare la dicitura: Nome, Cognome, Corso teorico - pratico in ozonoterapia

*\* Le spese bancarie non saranno a carico dell'organizzazione*

**Questa scheda deve essere interamente compilata e inviata a [ozonsegreteria@medica-srl.com](mailto:ozonsegreteria@medica-srl.com) per completare la registrazione.**

**Copia del bonifico dovrà accompagnare la scheda di registrazione.**

I lavori si svolgeranno presso:

<b>Università di Ferrara</b> <b>Dip. di Morfologia e Medicina Sperimentale</b> Via Fossato di Mortara, 64/b 44100 Ferrara	<b>Ambulatorio Arcobaleno Srl</b> Via Cogne, 12 40026 Imola
--	---

tel: +39 051.308508

**PRIVACY**

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali per lo svolgimento dei servizi connessi a questa scheda. Informazione e consenso ex artt. 13 e 14 del GDPR – Regolamento UE 2016/679; Medica Srl assicura la riservatezza dei dati personali, utilizzati esclusivamente per proprio archivio personale.

Nel caso in cui la presente autorizzazione venisse negata, non sarà possibile effettuare la registrazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_