



Modulo di iscrizione/rinnovo

Da rispedire:

via fax al numero 0521-291314 oppure

via mail sipas@mvcongressi.it

unitamente alla copia del bonifico

SIPAS

CF: 00669600355

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO IL _____ A _____

CODICE FISCALE _____ RECAPITO TELEFONICO _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

CAP _____ PROV. _____ INDIRIZZO E_MAIL _____

MEDICO VETERINARIO ALTRO: _____

Se Medico Veterinario indicare di seguito:

LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO PRIVO DI OCCUPAZIONE

chiede di essere iscritto alla SIPAS **per la prima volta**

chiede di rinnovare l'iscrizione per l'anno **2019**

PAGAMENTO di € **100,00**

PAGAMENTO di € **50,00 ***

Tramite:

assegno bancario intestato a SIPAS

bonifico bancario intestato a SIPAS - **IBAN IT07S0623012711000035256278**

**Riservato agli iscritti alle Scuole di Specialità della Facoltà di Medicina Veterinaria che non abbiano compiuto 30 anni. E' necessario allegare un documento di identità e la fotocopia del libretto attestante l'iscrizione alla Scuola.*

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (Regolamento UE 679/2016)

Ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 si informa che i Suoi dati personali saranno trattati, con l'utilizzo anche di strumenti elettronici, per finalità connesse allo svolgimento dell'evento. Il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario, la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle prestazioni richieste. I Suoi dati saranno trattati da personale incaricato (addetti di amministrazione e di segreteria), e potranno essere comunicati a soggetti ai quali la comunicazione risulti necessaria per legge, al Ministero della Salute ai fini ECM, a soggetti connessi allo svolgimento dei servizi relativi all'evento (es hotel, agenzia di viaggio etc.). Previo consenso, i suddetti dati potranno essere utilizzati anche per informarla dei nostri futuri eventi. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Regolamento UE 679/2016 in particolare, il diritto di accedere ai Suoi dati personali, chiederne rettifica, aggiornamento e/o cancellazione, rivolgendo richiesta al responsabile per il riscontro all'interessato, Dott. Franco Aiello. Il titolare è MV Congressi Spa, Via Marchesi 26 D - Parma.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Autorizzo

Non autorizzo

LUOGO _____ DATA _____ FIRMA _____