Da inviare esclusivamente via fax entro il 7 giugno 2010 a:
ABIFORMAZIONE
Settore Sviluppo Capacità Professionali
Fax 06/67.67.660

MODULO DI ISCRIZIONE AL SEMINARIO:

"La riforma dell'assistenza sanitaria integrativa e la long term care: adempimenti e Procedure"

Milano, 10 giugno 2010 - 09.30 – 13.15 Via della Posta, 3

AZIENDA .....

PARTECIPANTE .....

SETTORE/UFFICIO ..... RUOLO.....

INDIRIZZO ..... CAP .....

CITTA' ..... TEL. ..... FAX .....

EMAIL

Dati di fatturazione

RAGIONE SOCIALE .....

P.IVA .....

INDIRIZZO ..... CAP .....

CITTA' ..... TEL. ..... FAX .....

Cod. Azienda	Data	Timbro e Firma
	……..	…….

MODALITA' DI ISCRIZIONE. Per gli Associati: la quota individuale per l'iscrizione al Seminario comprensiva del materiale didattico, del coffee-break e della colazione di lavoro è pari a Euro 500,00 (+IVA). **Per i non Associati:** la quota individuale è pari a Euro 600,00 (+ IVA).

Per la partecipazione di più persone della stessa azienda è previsto uno sconto del 10% sulla quota di iscrizione. Il pagamento delle quote di iscrizione dovrà essere effettuato a ricevimento fattura, tramite bonifico bancario intestato a: ABISERVIZI c/o Banca di Roma, Ag. 112, c/c n°10403/32 - IT64i0030020325600000104033 2

Il numero dei partecipanti al Workshop è limitato: la priorità di iscrizione sarà determinata in base alla data di arrivo del modulo di iscrizione, compilato in ogni sua parte e sottoscritto. I nominativi dei partecipanti possono essere sostituiti in qualsiasi momento. Eventuali sostituzioni dovranno essere comunicate via fax alla Segreteria organizzativa (Fax 06.6767660 – tel. 06.6767363). In caso di rinuncia pervenuta successivamente al 7 giugno 2010, ABISERVIZI S.p.A. fatturerà il 30% della quota di iscrizione a titolo di rimborso per la copertura delle spese organizzative. ABISERVIZI si riserva la facoltà di rinviare o annullare il workshop dandone notizia ai partecipanti.

*"**Art. 13 del Codice della Privacy (D.Lgs. n. 196/03).** I dati forniti saranno trattati dal Titolare, ABIServizi S.p.A., con sede legale in P.za del Gesù 49, Roma, in forma automatizzata e non, al fine di **a)** instaurare e gestire il rapporto con il partecipante alla presente iniziativa, **b)** dare adempimento ad obblighi normativi **c)** inviare, previo suo consenso, informazioni commerciali sui prodotti e servizi del Titolare. I dati saranno materialmente trattati da soggetti incaricati dal Titolare. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 (accesso, cancellazione, aggiornamento, opposizione al trattamento, etc.), nonché richiedere la lista aggiornata dei soggetti a cui i dati possono essere comunicati, rivolgendosi ad ABIFormazione, Divisione di ABIServizi S.p.A., Via della Cordonata 7, Roma".*

☐ ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI
☐ NON ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI

Data_____ Timbro e firma_____