

TALASSEMIA 2025

Matera, 10 ottobre 2025
Auditorium "G. Moscati" Ospedale Madonna delle Grazie

SCHEDA DI ISCRIZIONE

ATTENZIONE: La scheda deve essere compilata in tutti i campi. Le schede non debitamente compilate non verranno prese in considerazione. **Spedire entro il 05 ottobre 2025.**

Modulo d'iscrizione da inviare alla Segreteria Organizzativa e Provider Allmeetings srl, via Passarelli 137/bis 75100 Matera, **via fax** al n. 0835.256592 oppure **via email** a segreteria@allmeetingsmatera.it

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di Nascita _____ Luogo _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____

Professione _____

Disciplina di Specializzazione _____

Telefono e cellulare _____

E-mail _____

Partecipante con reclutamento: SI ☐ NO ☐

Se con reclutamento, di seguito indicare da quale soggetto portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Pienamente informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati ("RGPD") sul trattamento dei miei dati personali, esprimo il consenso. Esprimo altresì il mio impegno a comunicarVi tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni e/o integrazioni dei miei dati in Vostro possesso.

FIRMA
