VESTUBULAR MIGRAINE IN THE LIFESPAN

Matera, 5 dicembre 2026
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 01 dicembre 2026**.
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

_____