

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE**

**VII CONVEGNO NAZIONALE FINCOPP (1999-2019)**

**28-29 GIUGNO 2019**

**Sala Riunioni Istituto Tumori Bari**  
**Viale Orazio Flacco,65 - Bari**

Nome:

Cognome

C.F.

e-mail

Tel.

Via

Città

C.a.p.

Prov.

Az. Osp. e Reparto:
Ambulatorio
Altro:
Qualifica:

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE\***

La quota di iscrizione per medici (categorie indicate in Agenas), infermieri, fisioterapisti e ostetriche è di € **20 + IVA in caso di fatturazione.**

**Gratuita** per i pazienti, **previa iscrizione associativa.**

**MODALITA' DI ISCRIZIONE**

Inviare alla Segreteria Organizzativa, entro il 21/06/19, la scheda di iscrizione e contestualmente il giustificativo di pagamento effettuato.

**La frequenza è obbligatoria per tutta la durata dell'evento**

\*La quota comprende: kit congressuale, crediti formativi ECM, attestato di partecipazione, due coffe break e lunch del 28 giugno.

Si autorizza **Fincopp** al trattamento di dati personali ai sensi e nei limiti del Regolamento Privacy UE 2016/679 e GDPR e successive modifiche.

Data.....

Firma

\_\_\_\_\_