

**4 th INTERNATIONAL WORKSHOP ON INFECTIOUS DISEASES AND IMMUNOLOGY**

**“NUOVI ASPETTI DELLE MALATTIE INFETTIVE”**

**Napoli , 28-29 Settembre 2007**

**Sedi: Sala Conferenze AORN Cotugno  
Complesso Museale S.Chiera” ,Napoli**

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME.....

NOME.....

LUOGO DI NASCITA.....

DATA DI NASCITA...../...../ 19.....

CODICE FISCALE.....

PROFESSIONE Medico  Infermiere Professionale

DISCIPLINA(solo per i Medici): Malattie Infettive  Medicina Interna  Igiene, epidemiologia  
e Sanità Pubblica

ISTITUTO DI PROVENIENZA.....

INDIRIZZO.....

CITTA' .....C.A.P.....

Tel ..... Cell.....

E-mail.....@.....

FIRMA.....

Quota di iscrizione prevista: 100 Euro per Medici , 50 Euro per Operatori Professionali

La scheda debitamente compilata, accompagnata da ricevuta di avvenuto versamento, dovrà essere inviata alla Segreteria Organizzativa al Fax n° 0823-363828

Il pagamento della quota di iscrizione potrà essere effettuato:

1. presso la Segreteria Scientifica (VII Divisione AORN Cotugno-Napoli, Tel. 0815908389)
2. mediante bonifico bancario: Banca Intesa-Corso I Ottobre 38/40—81024 Maddaloni (CE) C/C n°005090000565880/48 ABI 06230; CAB 74890; CIN J; causale: "Iscrizione 4 th International Workshop on Infectious Disases and Immunology: nuovi aspetti delle Malattie Infettive ,Napoli ,28-29 Settembre 2007

In riferimento a quanto previsto dalla Legge sulla tutela dei dati personali 675/96 la preghiamo di firmare per accettazione.

I suoi dati personali forniti saranno oggetto di trattamento informatico e manuale al fine di documentare la Sua partecipazione al congresso. Essi saranno comunicati all'Ente organizzatore della manifestazione, nonché alla competenti Autorità secondo le prescrizioni di legge.

Preso atto delle informative di cui sopra, acconsento al trattamento dei miei dati personali ai fini sopra indicati e consento anche alla loro comunicazione per le finalità del Congresso.

FIRMA.....

li.....