



Fondazione Betania Onlus

CENTRO EUROMEDITERRANEO DI FORMAZIONE

Via Molise, 21 - 88100 Catanzaro - www.betania.it
tel. 0961763268 - cell. 3203884203 - fax 0961763204 - e-mail vsalvati@betania.it

Ente certificato
ISO 9001:2008
Settore EA 37



Progettazione ed erogazione
di corsi di formazione
in ambito sociale e sanitario



Ente accreditato Reg. Calabria - Formazione Continua e Superiore

Provider Nazionale ECM 1145

MODULO ISCRIZIONE CORSI (Ver. 2012-1)

(stampare, compilare, firmare e inviare via fax o e-mail ai recapiti sopra indicati)

Cognome:				Nome:					
Luogo nascita:				Prov.:		Stato:		Data nascita:	
Codice Fiscale									
Professione:									
Disciplina:								[] Senza specializzazione	
Iscritt_ al seguente Ordine/Collegio/Associazione Professionale:									
Regione/Provincia iscrizione:						Data iscrizione:		N. iscrizione	
Lavoro presso:						Unità Op.:		Città:	
Tipo Contratto:		[] Convenzionato		[] Dipendente		[] Libero Professionista		[] Disoccupato	
Indirizzo residenza, Via:									
CAP:		Città:						Prov.:	
Telefono:					Cellulare:				
Indirizzo e-mail: (ATTENZIONE! scrivere in modo chiaro e in stampatello; a questo indirizzo verrà inviato l'attestato dei crediti)									

Se diversi, indicare i dati per la fatturazione:

--

Chiedo di essere iscritt_ al corso ECM n. rif. "incontro con le **Medicine Complementari**", che si svolgerà presso Fondazione Betania, Via Molise, 21, Catanzaro, sabato 11 ottobre 2014 con una durata di 9 ore (**9 crediti ECM**),

Ho già partecipato a un corso su queste tematiche [] SI [] NO - Se SI, ritengo le mie conoscenze di livello [] base; [] medio; [] avanzato.

[] Chiedo i crediti ECM (quota di iscrizione € 70,00). Per questo evento ECM sono stato reclutato da sponsor: [] SI [] NO

In caso affermativo, questo è il nome dello sponsor _____

[] Non chiedo crediti (quota di iscrizione € 55,00)

MODALITÀ E CONDIZIONI

- Il corso si svolgerà a Catanzaro presso i locali della Fondazione Betania, secondo il calendario indicato. Eventuali cambiamenti saranno comunicati ai partecipanti entro 3 giorni prima della prevista data di inizio.
- L'iscrizione, mediante il presente modulo compilato in ogni sua parte e completo di firma leggibile, deve pervenire **entro l'8 ottobre 2014** al Centro Euromediterraneo di Formazione, anche via fax o e-mail, ai recapiti indicati nell'istestazione.
- L'iscrizione si intende confermata solo se è accompagnata dall'attestazione dell'avvenuto pagamento del totale da versare. Qualora il numero degli iscritti previsti si raggiunga prima della data di scadenza, le iscrizioni si chiuderanno anticipatamente. Le iscrizioni saranno accettate per ordine di arrivo. Il Centro si riserva di annullare il corso per esigenze organizzative o in caso di mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti; in tali eventualità, la quota di iscrizione sarà restituita.
- Nei casi in cui l'iscritto sia impossibilitato e/o rinunci a partecipare al corso, poiché il versamento della quota è considerato conferma della prenotazione, una disdetta entro 1 settimana prima della data di inizio del corso comporterà la perdita del 30% della quota d'iscrizione; oltre tale termine, invece, ci sarà una perdita della totalità dell'importo, salvo che non si provveda a un'"autosostituzione".
- Entro 60 giorni dalla conclusione del corso sarà rilasciato (a chi ne ha fatto richiesta) l'attestato con riconoscimento dei crediti ECM assegnati. Il rilascio di tale attestato è subordinato alla partecipazione al 100% delle ore formative e alla verifica dell'apprendimento dei contenuti del corso.

Per accettazione: Data _____ Firma _____

Condizioni di pagamento:

- bonifico bancario intestato a Fondazione Betania Onlus (PI/CF 00239150790) - Via Molise, 21 - 88100 Catanzaro - Banca Carime sede di Catanzaro - IBAN IT 17 B 03067 04400 000000011489;
- versamento sul c.c.p. n. 248880 intestato a Fondazione Betania Onlus - Via Molise, 21 - 88100 Catanzaro;
- in contanti presso l'Ufficio contabilità della Fondazione Betania (Edificio Girasole PT, da lunedì a venerdì ore 9-13; martedì e mercoledì anche 15-16.30).

causale pagamento: **Iscrizione Corso 141011 Medicomple + Nome e Cognome**

Trattamento dei dati:

Sono consapevole che i miei dati personali saranno trattati a norma del disposto di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (c.d. Testo unico Privacy). I dati da me forniti verranno trattati per finalità contabili e amministrative e per l'ottenimento dei crediti ECM. I dati saranno comunicati alla Segreteria organizzativa del corso, ai docenti, al responsabile dell'evento e al Ministero della Salute. Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e informatico. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta la nullità del rapporto.

In futuro: **desidero essere da voi informato** su altre iniziative del vostro Centro di Formazione: [] SI [] NO

Data _____ Firma _____