

ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DI MEDICINA PALLIATIVA

RICERCA E FORMAZIONE  
Bentivoglio - Bologna

# Modelli di Cure Palliative

CASTELLO DI BENTIVOGLIO **25 marzo 2011**Compilare e inviare **entro il 15 marzo 2011**

alla Segreteria Organizzativa  
Studio E.R. Congressi - Triumph Group  
Via Marconi, 36 - 40122 Bologna  
tel. 051 4210559 - fax 051 4210174  
e-mail [ercongressi@triumphgroup.it](mailto:ercongressi@triumphgroup.it)

Nome .....

Cognome .....

Istituto .....

Professione .....

Disciplina .....

Indirizzo .....

Email .....

Cap ..... Città .....

Tel ..... Fax .....

Indirizzo privato .....

Cap ..... Città .....

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

**Per il rilascio della fattura indicare:**

Nome Cognome o Ragione Sociale .....

.....

.....

Indirizzo .....

Partita Iva .....

C.F. ....

Il pagamento della quota di €100 (IVA compresa) potrà essere effettuato tramite:

**Bonifico bancario** a favore di Studio E.R. Congressi S.r.l. c/o CASSA DI RISPARMIO DI CESENA, Agenzia n. 29, Largo Caduti del Lavoro 1/A - 40122 Bologna  
Swift code CECRIT 2C

IBAN CODE IT49L 06120 02400 CC 0290002596

**Causale del versamento:**

"Incontro di medicina palliativa"

Si prega di allegare alla scheda di partecipazione copia dell'avvenuto bonifico

**Carta di credito** (tutti i dati richiesti sono obbligatori)☐ Visa☐ Mastercard☐ American Express

N. Carta di credito .....

CVV (Security Number)   

Titolare della carta .....

Data di scadenza .....

Data .....

Firma del titolare .....

Non verranno accettate schede di iscrizione senza il pagamento della quota. Per il rilascio della fattura indicare nell'apposito spazio il numero di Codice Fiscale e P. IVA corrispondente.

Con la firma apposta sulla presente scheda, in piena conoscenza del decreto n. 196/2003 sul trattamento dei dati personali ed in particolare degli artt. 4, 13, 21, 23, 24, 27, 37, 43, 44, 45 e 137, autorizzo lo Studio E.R. Congressi srl e acconsento, sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali nei limiti della predetta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

☐ Non desidero che i miei dati vengano comunicati a terzi.

Data .....

Firma .....

FONDAZIONE  
HOSPICE  
MARIATERESA SERAGNOLI  
ONLUS

Scheda di adesione