

**FORM DI ISCRIZIONE**  
**10° Congresso Nazionale GISMO**  
**“La valutazione del rischio di frattura nel management dell’osteoporosi”**  
**Milano, 24 – 25 ottobre 2014**

Nome .....Cognome.....

Tel. .... Fax ..... Cell.....

e-mail .....

Nato a..... (Prov).....il.....

Residente a .....

Via/P.zza .....

CAP ..... Provincia .....

CF .....

Nome struttura di lavoro .....

Indirizzo struttura di lavoro ..... Tel .....

Qualifica professionale.....

Specialista in .....Anno di Laurea .....

E' iscritto al GISMO?  si  no

Quota di iscrizione: gratuita per i soci GISMO  
€ 50,00 + IVA per chi non è iscritto al GISMO

Per informazioni sulle modalità di iscrizione al gruppo GISMO visita il sito internet  
<http://www.gismo.net> e accedi alla sezione Iscriviti a GISMO

Il termine ultimo per l’invio della scheda di iscrizione alla segreteria organizzativa via e-mail all’indirizzo: [segreteria.gismo@myeventsrl.it](mailto:segreteria.gismo@myeventsrl.it) o via fax al numero +39 06 89281786 è il **15 Ottobre 2014**.

#### ISTRUZIONI PER IL PAGAMENTO

Successivamente alla ricezione della scheda di iscrizione la segreteria organizzativa provvederà ad inviare una e-mail di conferma dell'avvenuto inserimento nella lista degli iscritti e comunicherà i dati bancari per il versamento della quota prevista.

Indicare i dati di fatturazione del soggetto che effettuerà il pagamento  
**(obbligatori per le quote a pagamento e per il completamento dell'iscrizione)**

COGNOME E NOME O DENOMINAZIONE SOCIALE .....

Via.....

Città.....CAP.....

CODICE FISCALE E/O PARTITA IVA.....

Firma ..... Data .....

**IMPORTANTE:** IL MANCATO PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE O LA MANCATA INDICAZIONE DEI DATI DI FATTURAZIONE COMPORTERÀ LA CANCELLAZIONE DELLA PARTECIPAZIONE.

In relazione all'informativa sul trattamento dei dati personali e sensibili autorizzo MYEVENTSrl ad inserirli nella propria banca dati ed ad utilizzarli nel rispetto della normativa sulla privacy ai sensi dell'articolo 13 D.Lgs n. 196/2003. In qualsiasi momento avrò la possibilità di chiederne la modifica o la cancellazione.

Firma ..... Data .....

Rilascio l'autorizzazione a ricevere e-mail su corsi di formazione, eventi e congressi organizzati dalla MYEVENT S.r.l.

Autorizzo il consenso

Nego il consenso

Firma ..... Data .....