

**MODULO DI ISCRIZIONE
CORSO FORMAZIONE
ASSISTENTE IN CHIRURGIA GUIDATA**

DATI PARTECIPANTE

Nome e cognome

luogo e data di nascita

codice fiscale

Residente in via e al n.

Città

Cap

Telefono cellulare

Email

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

1. ISCRIZIONE

Al fine di poter partecipare al corso è necessario inviare la presente scheda possibilmente entro 5 giorni lavorativi prima dell'avvio del corso. I corsi saranno attivati laddove si raggiunga un numero minimo di adesioni, sarà cura della **AR RADIOLOGY SRL** a comunicare eventuali modifiche. Qualora le richieste di partecipazione agli incontri siano superiori alla disponibilità programmata di posti sarà attribuita priorità di iscrizione in base all'ordine di arrivo della presente scheda compilata in ogni sua parte e sottoscritta, da inviare via mail a info@aradiologysrl.com

2. MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento dovrà essere effettuato all'atto dell'iscrizione, scegliendo una delle seguenti modalità:

+ Bonifico bancario intestato a **A.R. RADIOLOGY S.R.L** – Unicredit Banca IBAN IT 31R0200816005000104846003

3. DISDETTA

E' possibile rinunciare all'iscrizione entro e non oltre 5 giorni lavorativi dalla data di inizio del corso, comunicando per PEC la disdetta a ar.radiologysrl@pec.net, In tal caso verrà restituita l'intera quota di iscrizione versata. Sarà fatturata l'intera quota d'iscrizione se la rinuncia avverrà dopo tale data.

4. VARIAZIONI DI PROGRAMMA

La AR RADIOLOGY SRL si riserva la facoltà di rinviare o annullare il corso programmato dandone tempestiva notizia ai partecipanti, in tal caso unico obbligo è provvedere al rimborso dell'importo ricevuto.

5. PRIVACY

Ai sensi del D.lgs n. 196/2003 le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi (contabilità, logistica, formazione elenchi). I dati potranno essere utilizzati per la creazione di un archivio ai fini dell'invio (via e-mail, fax o a mezzo posta) di proposte per corsi e iniziative della **AR RADIOLOGY SRL**. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 della legge (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione etc.) inviando una richiesta alla PEC ar.radiologysrl@pec.net

Per specifica approvazione delle clausole 3, 4 e 5 (art. 1341 2° comma Codice Civile)

Firma per accettazione