**SCHEDA DI ISCRIZIONE NON ASSOCIATI**

da restituire compilata e sottoscritta alla Segreteria AISM [info@aism.org](mailto:INFO@AISM.ORG)

**DATI DEL PARTECIPANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e Nome |  |
| Indirizzo |  |
| CAP |  |
| Località |  |
| Prov. |  |
| Tel. Diretto |  |
| Cell |  |
| E-mail |  |
| Ruolo in Azienda |  |
| Area Aziendale |  |

**DATI PER LA FATTURAZIONE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione Sociale |  |
| Indirizzo |  |
| CAP |  |
| Località |  |
| Prov. |  |
| Partita IVA |  |
| Codice Fiscale |  |
| E-mail |  |
| Tel. |  |

|  |
| --- |
| **BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE**   * **€ 600,00** + IVA per la partecipazione al **ciclo completo**  **AISM Innovation Day 2018** (3 incontri) * **€ 200,00** + IVA per la partecipazione a **1 incontro  AISM Innovation Day 2018** (indicare quale) * **Giovedì 22 MARZO 2018** IL MERCATO PHARMA: commento 2017 e prospettive 2018 * **Giovedì 28 GIUGNO 2018**   PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI   * **Giovedì 15 NOVEMBRE 2018** INTEGRATORI FARMACEUTICI |
| Modalità di Pagamento: Bonifico Bancario: IBAN IT 73 G 02008 01616 000040866457  Codice BIC SWIFT:UNCRITM1216 |

Ai sensi il D. lgvo 30/6/03 n. 196. autorizzo AISM: a) alla registrazione su supporto dei dati da me forniti; b) al trattamento di tali dati che l'AISM dovrà effettuare al fine di propormi sue future iniziative. Sono consapevole che la Legge mi conferisce il diritto di chiederne conferma dell'esistenza nella Banca Dati di dati che mi riguardano, rettificarli e aggiornarli, di ottenere la loro cancellazione di oppormi gratuitamente al loro trattamento prendendo in qualsiasi momento contatto con la Segreteria AISM, P.le Rodolfo Morandi, 2 20121 Milano - Tel. 02/77790415 info@aism.org.

DATA TIMBRO & FIRMA