

RICHIESTA DI PRENOTAZIONE WORKSHOP ED EVENTI AUTOGESTITI

Azienda/Ente / _____ P. IVA /Codice Fiscale _____

Via e numero/ _____ Località e cap./ _____

Telefono / _____ Telefax / _____

Responsabile/referente / _____ E-mail / _____

chiede di partecipare alla seconda edizione della CONFERENZA NAZIONALE SULLA RICERCA SANITARIA prenotando:

	euro	IVA	TOTALE
<input type="checkbox"/> Workshop	8.000		1.680
			9.680

Titolo Workshop / _____

L'evento, della durata massima di 60 minuti, si terrà in una sala congressuale attrezzata con capienza massima di 60/80 persone.

Versando l'acconto del canone di posteggio (pari al 50% del totale) con rimessa diretta sul conto corrente intestato a Sanità Futura s.r.l presso Deutsche Bank - Piazza Santi Apostoli - Roma, Agenzia M, IBAN IT45 J031 0403 2140 0000 0000 003 (allegare giustificativo bancario).

Data / _____ Timbro e firma / _____

Dichiara, anche ai fini assicurativi, il seguente valore presunto di materiali e attrezzature portati in fiera:

Valore euro / _____

INFORMATIVA EX ART . 13 D.LGS. 196/2003: I DATI FORNITI SERVONO PER OTTENERE L'ACCESSO ALLA MANIFESTAZIONE. AL FINE DI ADEMPIERE AGLI OBBLIGHI DI LEGGE SANITÀ FUTURA SRL, QUALE RESPONSABILE TRATTERÀ NEL RISPETTO DELLA LEGGE I SUOI DATI PERSONALI, CHE SARANNO UTILIZZATI DALLA STESSA PER ADEMPIMENTI CONNESSI ALLE NORME CIVILI, FISCALI E CONTABILI; ALLA GESTIONE AMMINISTRATIVA DEL RAPPORTO; ALL'OSSERVANZA DEGLI OBBLIGHI CONTRATTUALI; AL SUPPORTO E ALL'INFORMAZIONE IN MERITO AI SERVIZI DA VOI ACQUISITI. IN OGNI MOMENTO POTRÀ ESERCITARE I SUOI DIRITTI, COME MODIFICA O CANCELLAZIONE AI SENSI DELL'ART.7 D.LGS. 196/03, PREVIA COMUNICAZIONE A SANITÀ FUTURA SRL, VIA BONCOMPAGNI 16, ROMA

Data / _____ Timbro e firma / _____