



Annuario della Formazione in Sanità 2017



5ª EDIZIONE!

Una Guida ragionata al mondo della formazione in Sanità

Modulo di adesione Provider Programma Nazionale ECM

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

Via/Viale/Piazza/ _____ Località/CAP / _____

Telefono / _____ Fax / _____

Responsabile/Referente / _____ E-mail / _____

chiede di essere presente nell'Annuario della Formazione in Sanità 2017 con

- una **Pagina business** nella sezione Provider Programma nazionale ECM nella forma e contenuti indicati nel relativo modello
- e una **Scheda Esperienza di eccellenza** nella sezione Esperienze di eccellenza nella forma e contenuti indicati nel relativo modello al costo complessivo di 900 (novecento) euro IVA esclusa

- una **Pagina pubblicitaria** in una delle seguenti sezioni:
 - Provider Programma nazionale ECM
 - Società ed associazioni scientifichenella forma e contenuti indicati nel relativo modello al costo di 1.200 (milleduecento) euro IVA esclusa

- le **precedenti proposte tra loro integrate** (specificando la sezioni di interesse per la Pagina pubblicitaria) nelle forme e contenuti indicati nei relativi modelli al costo complessivo di 1.500 (millecinquecento) euro IVA esclusa

con rimessa diretta sul conto corrente intestato a
Sanità Futura Formazione Srl presso Deutsche Bank - Largo del Tritone - Roma, Filiale I IBAN IT26R0310403200000000821562 (allegare giustificativo bancario).

Dichiara, già da questo momento, di assumersi ogni responsabilità verso terzi e verso l'editore per la correttezza e la veridicità delle informazioni riportate nei documenti proposti, per eventuali violazioni di diritti e danni a queste riconducibili.
L'editore si riserva il diritto di rifiutare, a proprio insindacabile giudizio, una richiesta di inserzione.
L'editore non risponde per eventuali ritardi o perdite causate dalla non pubblicazione dell'inserzione per qualsiasi motivo e non è responsabile per eventuali errori di stampa.

Data / _____ Timbro e firma / _____

INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003: I DATI FORNITI SERVONO PER OTTENERE INSERIMENTO NELLA PUBBLICAZIONE. AL FINE DI ADEMPIERE AGLI OBBLIGHI DI LEGGE SANITÀ FUTURA FORMAZIONE SRL, QUALE RESPONSABILE TRATTERÀ NEL RISPETTO DELLA LEGGE I SUOI DATI PERSONALI, CHE SARANNO UTILIZZATI DALLA STESSA PER L'INVIO DI COMUNICAZIONI PROMOZIONALI DI POTENZIALE INTERESSE ED A SCOPI STATISTICI. 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 FORMAZIONE SRL, VIA BONCOMPAGNI 16, ROMA.

Data / _____ Timbro e firma / _____