

GRAVE DISABILITA' MOTORIA

GESTIONE DEL PAZIENTE
COMPLESSO PRESSO IL DOMICILIO
Maggio-Ottobre 2019

| | | | | | |
|---|---|--------------------|----------|-----|--|
| COGNOME/ RAGIONE SOCIALE | | NOME | | | |
| PROFESSIONE | | AZIENDA LAVORATIVA | | | |
| CODICE UNIVOCO IDENTIFICATIVO (per eventuali fatture elettroniche) | | | | | |
| INDIRIZZO DI FATTURAZIONE Via/Viale/P.zza - Città | | Prov. | | CAP | |
| E-mail | | | Telefono | | |
| CODICE FISCALE/P. IVA | | | | | |
| CAUSALE - DESCRIZIONE PRESTAZIONE | Corso teorico-pratico formativo sulla Grave disabilità motoria | | | | |
| IMPORTO (IVA INCLUSA*) *al 5% | <input type="checkbox"/> a tutte le giornate: 157,5 € <input type="checkbox"/> 2 giornate respiratorie (I Modulo): 84 € <input type="checkbox"/> 2 moduli (tra modulo II; modulo III; modulo IV): 105 € <input type="checkbox"/> singola giornata: 52,5 € <input type="checkbox"/> GRATUITO (solo per operatori della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda) | | | | |
| Eventuali modalità di recapito per la fatturazione (se diverso da indirizzo email): | | | | | |

Intendo partecipare a... (crocettare una o più giornate):

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 15 Maggio 2019 30 Maggio | Problematiche respiratorie (I Modulo) |
| <input type="checkbox"/> 13 Giugno 2019 | Aspetti Psicosociali (II Modulo) |
| <input type="checkbox"/> 19 settembre 2019 | Aspetti Nutrizionali (III Modulo) |
| <input type="checkbox"/> 17 Ottobre 2019 | Prevenzione danni terziari (IV Modulo) |

Rinviare modulo compilato a: elena.chiara@spaziovitaniguarda.com

liliana.martinelli@spaziovitaniguarda.com – Tel. 02647249

INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY REG.UE. 679/2016 - In riferimento al REG.UE. 679/2016 sulla Tutela dei dati personali, autorizzo l'utilizzo dei dati forniti al fine di registrare la mia partecipazione al corso e per l'invio di materiali relativi al convegno e a eventuali prossime iniziative.

Data e firma per accettazione: _____