|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TITOLO**  **DEL SEMINARIO** | **Logistica ospedaliera e farmaceutica:** *Le novità tecnologiche e le buone pratiche di razionalizzazione organizzativa adottate dalle Aziende Sanitarie*  **La comunicazione come integrazione organizzativa** | | |
| **Data e sede di svolgimento** | **14 dicembre 2018 – Aula Magna dell’Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi, Via Lodovico Castelvetro, 32 - Milano** | | |
| **Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Dell’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **DICHIARA la Partecipazione al seminario che si terrà a Milano il 14 dicembre 2018 organizzato da ALE e Scuola Nazionale Servizi di:** | | | |
| **Cognome e Nome\*** |  | | |
| **Recapito Telefonico** |  | | |
| **E-mail\*** |  | | |
| **Ruolo ricoperto in Azienda e Area\*** |  | | |
| ***\* dati obbligatori*** | | | |
| **EVENTUALI DATI PER LA FATTURAZIONE**  **(Ragione sociale, sede e indirizzo, p. Iva)** |  | | |
| **QUOTA DI PARTECIPAZIONE (apporre una X nella casella prescelta)** | | | |
| **Gratuito per iscritti ALE e associate FARE** |  |  | |
| **€ 100 (+ iva 22%) Soci SNS** |  |  | |
| **€ 300 (+ iva 22%) Non associati a SNS** |  |  | |
| **Il Modulo di Partecipazione dovrà pervenire alla Fondazione SNS via fax o via e-mail -** [info@scuolanazionaleservizi.it](mailto:info@scuolanazionaleservizi.it) **- Fax. 075.5848054** | | | |
| **IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA**  **a versare la Quota di Iscrizione con Bonifico Bancario entro il 11 dicembre 2018 presso il conto intestato alla Fondazione Scuola Nazionale Servizi,**  **Monte dei Paschi di Siena IBAN: IT58R0103003077000000406883**  **Il Sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole:**   * **Che la Fondazione Scuola Nazionale Servizi può utilizzare i dati contenuti nel presente Modulo di Partecipazione esclusivamente nell’ambito e per i fini della propria attività, nel rispetto della riservatezza e dei diritti della persona ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.L. 196/2003;** * **Che l’eventuale Disdetta dovrà essere comunicata via Fax almeno n. 3 giorni lavorativi antecedenti l’Iniziativa; nessun rimborso è previsto oltre tale termine.** | | | |
| **Data:** | | | **Timbro e Firma** |