ECM Autorità competente Marche 2025

DATI PERSONALI:

Titolo (*)

Nome (*)

Cognome (*)

Luogo di Nascita (*)

Provincia di Nascita (*)

Data di Nascita (*)

Sesso (*) M

Codice Fiscale (*)

Professione (*)

Disciplina (*)

Tipologia (*)

Indirizzo (*)

(completo di n° civico)

Comune (*)

CAP (*)

Provincia (*)

Telefono (*)

La tua email (richiesto)

Iscritto alla Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva o al SIVeMP?

⦿SI○NO

DATI PER L'EVENTUALE FATTURAZIONE:

Ragione Sociale (Ente di appartenenza)

Indirizzo

(completo di n° civico)

Comune

CAP

Provincia

Codice Fiscale

N.B.
E' ammesso al corso solo chi é in regola con il pagamento.

Note

Quota iscrizione
La quota di iscrizione al corso è dio € 35,00.
Il corso è gratuito per gli iscritti FVM/SIVeMP e SIMeVeP della Regione Marche.

Il versamento della quota va effettuato tramite Bonifico Bancario su conto corrente UNICREDIT codice IBAN IT54A0200805172000104155570 e intestato a "Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva" (specificare nella causale il nome del partecipante, il luogo e la data di svolgimento).

Modalità di disdetta
Eventuali disdette dovranno essere comunicate, entro 10 giorni lavorativi antecedenti l'inizio del corso, via mail all'indirizzo segreteria@veterinariapreventiva.it. In caso contrario verrà trattenuta o richiesta l'intera quota di partecipazione e inviato, successivamente, il materiale didattico, ai sensi dell'Art. 1341 C.C..

Annullamento del corso
Qualora il corso non raggiungesse il numero minimo di iscrizione, la SIMeVeP lo comunicherà agli iscritti entro 10 giorni dalla data di inizio. Inoltre la SIMeVeP avrà l'obbligo della sola restituzione delle quote di iscrizione ricevuto, escludendosi qualsiasi tipo di rimborso per eventuali spese

sostenute dall'iscritto al corso

☐ Confermo di aver letto e di accettare l'informativa sulla privacy

Il sottoscritto

in qualità di partecipante all’evento ECM ID
[507-]
denominato
[ECM Autorità competente Marche 2025]

dichiara di essere stato reclutato*:

No

(indicare nome impresa commerciale operante in ambito sanitario)

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non aver assolto a più di un terzo del proprio
obbligo formativo mediante reclutamento.
**ai sensi dell’art. 80 dell’Accordo S/R del 2 febbraio 2017 si intende reclutato il*
professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di
vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese
commerciali operanti in ambito sanitario.

Invia