



MODULO RICHIESTA PREVENTIVO PER EVENTO ECM

Data: ___/___/_____

Spedire tramite e mail a: info.scuole@airop.it

DENOMINAZIONE ENTE _____

Sede Ente:

Via _____, N. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Settore attività _____

REFERENTE verso il Provider

Cognome _____ Nome _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome _____ Nome _____

Data e Luogo di nascita _____ Cod. Fiscale: _____

P. IVA: _____ Via _____ n. _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____ Fax _____

Cellulare _____ E-mail _____

Con la presente **l'Azienda** sopra indicata, rappresentata dal sottoscritto dichiarante, richiede senza impegno, un preventivo per la realizzazione dell'Evento di seguito indicato:

EVENTO DAL TITOLO _____

Num. Totale Partecipanti: _____

Professioni Sanitarie da Accreditare:

- | | |
|----------|----------|
| 1) _____ | 5) _____ |
| 2) _____ | 6) _____ |
| 3) _____ | 7) _____ |
| 4) _____ | 8) _____ |

Data Inizio Evento: _____ Data Fine Evento: _____

Durata in Giorni dell'Evento: _____ Durata in Ore dell'Evento: _____

Luogo di svolgimento (città): _____ Indirizzo: _____

E' prevista la presenza di uno/più SPONSOR? Sì ___ No ___ Se sì, indicare il num. _____

Si richiede l'utilizzo della sede A.I.R.O.P. come LOCATION per l'Evento? Sì ___ No ___

Si richiede il servizio di Hostess e Segreteria durante l'Evento? Sì ___ No ___ Se sì, indicare il num. _____

NOTA BENE:

I Documenti ECM saranno prodotti in formato digitale (PDF, DOC, Excel) dal Provider A.I.R.O.P. e la STAMPA sarà a cura della Segreteria Organizzativa.

I Certificati dei Crediti ECM saranno inviati in formato digitale (PDF) dal Provider A.I.R.O.P. alla Segreteria Organizzativa per mail dopo il saldo dei servizi resi dall'A.I.R.O.P.

Data ___/___/_____

Timbro e Firma del Legale Rappresentanza dell'Azienda

L'Associazione A.I.R.O.P. con sede legale in Via Aurelia, 386 - 00165 Roma e sede operativa in Via Giacinto De Vecchi Peralice, 21 - CAP 00167 Roma, P.IVA 07365191001 (in seguito, "Titolare") La informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito "GDPR") che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità descritte nel Documento Privacy che dichiara di aver letto, accettato e firmato.

Resta inteso che in ogni momento posso ritirare il mio consenso alla detenzione / trattamento dei miei dati, rivolgendomi alla Segreteria A.I.R.O.P. inviando una email a info@airop.it

Data ___/___/_____

Timbro e Firma del Legale Rappresentanza dell'Azienda