



SCHEDA DI ADESIONE DEL CENTRO

☐ Confermo l'adesione del nostro Centro allo
Studio lesioni cistiche pancreatiche

Denominazione
Ente/Istituto/Ospedale _____

Denominazione del Servizio/Reparto _____

Indirizzo _____

CAP _____ Località _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

RESPONSABILE:

Nome e cognome Dott. _____

Telefono fisso _____ Cell. _____

E-mail _____

Socio: ☐ AISP ☐ AIGO

REFERENTE OPERATIVO DEL PROGETTO PRESSO IL CENTRO:

Nome e cognome Dott. _____

Telefono fisso _____ Cell. _____

E-mail _____

Autorizzo Area Qualità S.r.l. ad inserire i dati sopra riportati nell'archivio che verrà costituito presso Area Qualità S.r.l., per le finalità del presente progetto. In ogni momento e del tutto gratuitamente, a norma del Decreto Lgs 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali" di cui sono stato informato, potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo (art. 7), scrivendo ad Area Qualità S.r.l. - Via Comelico, 3 - 20135 Milano, Telefono 02 5512322, Fax 02 73960564 - E-mail: info@areaqualita.com

Data ____/____/____

Firma _____

La scheda di adesione va inviata a: Area Qualità S.r.l. - Fax 02 73960564 - Email: pancy@areaqualita.com

