



Università di Verona
Clinica Ortopedica
e Traumatologica
Direttore: Prof. P. Bartolozzi



Azienda Ospedaliera di Verona
Unità Operativa di
Chirurgia della Mano
Primario: Dr. L. Cugola



Università di Milano
Cattedra di
Chirurgia Plastica
Direttore: Prof. G. Pajardi



UNIVERSITAT DE BARCELONA



BASI ANATOMICHE DI CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MANO E DEL POLSO



Corso di Formazione della Società Italiana di Chirurgia della Mano

Temi della Quarta Edizione:
Trattamento delle fratture del Radio e dello Scafoide
Trattamento delle lesioni legamentose della Mano e del Polso
Artroscopia del Polso e delle Piccole Articolazioni
Lembi cutanei e fasciali per la regione del Polso

**10-11-12 maggio 2007
Barcellona (Spagna)**

Universitat de Barcelona - Facultat de Medicina

COORDINAMENTO SCIENTIFICO

Dr. Andrea Atzei
U.O. Chirurgia della Mano – Verona
E-mail: andrea.atzei@univr.it

Dr. Riccardo Luchetti
Policlinico Multimedita – Milano
E-mail: rluc@ad hoc.net

Dr. Manel Llusa
Hospital Univ. Traumatologia Vall d'Hebron
E-mail: llusa@medicina.ub.es

OSPITI

Dr. Bruno Battiston
Torino

Dr. Marc Garcia-Elias
Barcellona (E)

**Dr. Francisco del Pinal
Santander (E)**

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Via dei Mille, 10 - 43100 Parma
Tel 0521.290191 - Fax 0521.291314
E-mail: r.olivieri@mvcongressi.it www.mvcongressi.it

BASI ANATOMICHE DI CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MANO E DEL POLSO

Barcellona, 10-11-12 maggio 2007

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare a:

MEDICINA VIVA Servizio Congressi Srl V.le Dei Mille 140 – 43100 PARMA
Tel. 0521.290191 Fax 0521.291314 E-Mail: r.olivieri@mvcongressi.it

COGNOME E NOME _____

Via _____ n° _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ / _____ Fax _____ / _____ Cell. _____ / _____

E-mail (in stampatello) _____ @ _____

Codice Fiscale _____ Nato a _____ il _____

chiede di essere iscritto al:

CORSO DI TECNICA CHIRURGICA DEL POLSO (Barcellona) (Euro 1.300,00 IVA inclusa)

COSTO DEI PERNOTTAMENTI E VOLO AEREO SARA' QUANTIFICATO A PARTE

Invio pertanto la suddetta quota mediante:

assegno bancario/circolare intestato a Medicina Viva Servizio Congressi Srl e inviato a:

Medicina Viva Servizio Congressi , V.le Dei Mille 140 – 43100 Parma

a mezzo vaglia postale (allegare fotocopia del versamento) intestato a Medicina Viva Servizio Congressi Srl
V.le dei Mille 140 PARMA Corso Chirurgia del Polso 2007 – cod. 800)

bonifico bancario su: Cassa di Risparmio di Parma & Piacenza Ag. 1 Parma

BBAN: F 06230 12701 000082117331 intestato a Medicina Viva

Causale: Corso Chirurgia del Polso 2007 - cod. 800)

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione

Sociale _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

P.IVA / C.F. _____

Qualora la quota di iscrizione venga corrisposta da Ente Pubblico (ad es. USL) l'IVA non è dovuta. In tal caso sarà necessario allegare alla scheda di iscrizione, (anche via fax) una specifica richiesta da parte dell'Ente, che autorizzi Medicina Viva ad emettere fattura IVA esente riportando la seguente dicitura: "Ai sensi dell'art. 10 D.P.R. n. 633/72 come disposto dall'art. 14 comma 10 Legge n. n. 537/93."

Informativa: Ai sensi del D.lgs n. 196/03 si informa che i Suoi dati personali acquisiti tramite il presente coupon/modulo saranno trattati, con l'utilizzo anche di strumenti elettronici, unicamente per finalità connesse allo svolgimento del Convegno. Il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario, la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle prestazioni richieste. I dati saranno trattati unicamente da personale incaricato (addetti di amministrazione e di segreteria), a istituti di bancari, a soggetti ai quali la comunicazione risulta necessaria per legge e al Ministero della Salute ai fini ECM. I Suoi dati potranno essere comunicati ad hotel, agenzie viaggio, compagnie aeree e marittime. I suddetti dati potranno essere utilizzati anche per informare La dei nostri futuri eventi se esprimerà il Suo consenso per tale finalità. Le ricordiamo infine che Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/2003 in particolare, il diritto di accedere ai Suoi dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, rivolgendo le richieste al responsabile per il riscontro all'interessato Dr. Franco Aiello. Il titolare è MEDICINA VIVA Servizio Congressi S.r.l. con sede in Parma, viale dei Mille, 140.

Consenso al trattamento dei dati personali e consenso all'invio tramite e-mail o fax di materiale informativo

SI ___ NO ___ SI ___ NO ___

Data _____ Firma _____