



Desidero partecipare al Corso: *date in programmazione*

P.B.L.S.D. Paediatric Basic Life Support Defibrillation	<input type="checkbox"/>		120 €	
P.B.L.S.D. Retraining	<input type="checkbox"/>		60 €	
P.B.L.S.D. Paediatric Basic Life Support Defibrillation Laici	<input type="checkbox"/>		65 €	
P.T.C. base Pre Hospital Trauma Care	<input type="checkbox"/>		150 €	
P.T.C. base Retraining	<input type="checkbox"/>		70 €	
P.T.C. Avanzato Pre Hospital Trauma Care	<input type="checkbox"/>		500 €	
B.L.S.D. Basic Life Support Defibrillation	<input type="checkbox"/>		75 €	
B.L.S.D. Retraining	<input type="checkbox"/>		60 €	
B.L.S.D. Basic Life Support Defibrillation Laici	<input type="checkbox"/>		65 €	
E.P.I.L.S. European Pediatric Immediate Life Support	<input type="checkbox"/>		200 €	
E.P.A.L.S. European Pediatric Advanced Life Support	<input type="checkbox"/>		500 €	
I.L.S. Intermediate Life Support	<input type="checkbox"/>		170 €	
A.L.S. Advanced Life Support	<input type="checkbox"/>		400 €	
A.L.S. Advanced Life Support Retraining	<input type="checkbox"/>		150 €	
Linee guida Europee sulla Medicina delle Catastrofi	<input type="checkbox"/>		150 €	
Bioetica dell'Emergenza	<input type="checkbox"/>		50 €	
Qualificazione in Psicologia dell'Emergenza	<input type="checkbox"/>		100 €	
Qualificazione in Medicina Legale, Legisl. Sanit. Organizzazione dei DEU e sistemi 118	<input type="checkbox"/>		150 €	
Emergenze N.B.C.R.e. Nucleari Biologiche Chimiche Radiologiche esplosioni	<input type="checkbox"/>		150 €	



DA RITORNARE COMPILATA a: cemec@iss.sm oppure fax: **0549-903706**

Info corsi: 0549-994535 / 994600 www.cemec-sanmarino.eu

SCHEDA DI REGISTRAZIONE *(Si prega di scrivere in stampatello e completare tutti i campi)*

COGNOME _____ NOME _____

Luogo e data di Nascita _____

QUALIFICA _____

Luogo di lavoro: UOC/UOS _____

CODICE FISCALE _____

VIA _____ N° _____ CAP _____

CITTA' _____ PROV _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E MAIL _____

RICHIESTA FATTURA: (solo ai possessori di P. IVA o C.O.E. per Rep. San Marino)

Intestare fattura a: _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

P.IVA _____

Stato vaccinale anticovid: tessera

certificato

Modalità di Pagamento:

Bonifico Bancario intestato a: CEMEC IBAN: SM 37 L 06067 09801 0000 10151057

Cassa di Risparmio di San Marino agenzia Via O. Scarito, 7- 47893 Borgo Maggiore R.S.M.

Le quote comprendono l'iscrizione al corso, il materiale didattico.

Trattamento dati personali:

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di conoscere le informazioni di cui all'Art.13 e 14 del Reg. UE 679/ 2016 e della Legge 171/2018, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla suindicata normativa e di acconsentire al trattamento- dei dati personali di contatto per l'attività di marketing attraverso l'invio di materiale promozionale inerente ai servizi analoghi a quelli oggetto del rapporto instaurato con il Cemec

presto il consenso

nego il consenso

Firma _____ Data _____