

**L'EVOLUZIONE DELL'ATTIVITA' DEL REVISORE**

Cognome .....Nome.....  
iscritto all'Ordine di (indicare PR).....  
indirizzo Studio.....n. civ.....  
cap.....Città.....Prov.....  
tel. .... tel. cellulare .....

E-mail.....

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE (IVA COMPRESA)**

- €300,00 (quota intera)
- €210,00 (quota ridotta\*)

**\*Ho diritto alla quota ridotta in quanto sono:**

- Abbonato a "I 20 Incontri di Aggiornamento Professionale" 2010-2010, I e II ciclo di incontri

**E' NECESSARIO INDICARE LA RAGIONE SOCIALE**

Cognome e nome / Ragione sociale .....

via..... n. .... cap ..... città ..... pr .....

tel. .... fax .....

P.I.....

C.F. ....

DATI DEL PARTECIPANTE: Informativa ex art. 13, D. Lgs. n. 196/2003

La Fondazione dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Bologna, titolare del trattamento dei dati, elabora i dati personali da Lei forniti con modalità anche informatizzate, per finalità inerenti lo svolgimento del Corso indicato e per aggiornarLa su iniziative di analogo contenuto.

I dati personali in questione sono trattati secondo i principi di liceità, correttezza e necessità; il loro conferimento è facoltativo, ma, nel caso di rifiuto, la Fondazione dei Dottori Commercialisti non potrà dare seguito alla iscrizione al Corso ed alle attività connesse.

Ella può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. in epigrafe, chiedendo che i Suoi dati vengano aggiornati, rettificati, integrati, cancellati, trasformati in forma anonima o che vengano bloccati nei casi di trattamento in violazione a norme di legge. Può altresì opporsi al loro trattamento e chiedere le informazioni di cui al 1° comma e di cui alle lettere a), b), c), d), e) del 2° comma dell'art. 7 citato, rivolgendosi alla Fondazione dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Bologna, via Farini n. 14, 40124 - Bologna, tel. 051.220392 – 051.233968.

Se non desidera ricevere altro materiale informativo, La preghiamo di barrare la casella a lato.

Data .....Firma per consenso .....

**MODULO PER EFFETTUARE IL PAGAMENTO A DISTANZA CON CARTA DI CREDITO**

La/Il sottoscritta/o

.....

Titolare della carta di credito appartenente al circuito

- VISA  
 MASTERCARD

n. .... scadenza .....

autorizza la **Fondazione dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Bologna** ad addebitare l'importo pari a

€.....

come versamento quota d'iscrizione per

**- L'EVOLUZIONE DELL'ATTIVITA' DEL REVISORE**

organizzato da codesta Fondazione.

**Allegati:**

- Fotocopia carta di credito;
- Fotocopia documento d'identità valido.

Luogo e data .....

Firma .....