

Scheda iscrizione (Corso Orto-Posturodonzia)

Compilare in stampatello

Cognome

Nome

Qualifica

Indirizzo

Città

Prov. CAP

Tel. Fax

E-mail

Data

P.I.

C.F.

Dati per la fatturazione (se diversi da sopra)

--

Trattamento dei Dati Personali (D.Lgs. 196-03)

L'adesione e la partecipazione al Corso richiede un esplicito consenso al trattamento dei dati personali, da parte della Segreteria Organizzativa e degli organismi promotori, al fine dell'invio di materiale informativo, nonché a scopi promozionali e commerciali. Il trattamento dati avverrà con la medesima riservatezza e il pieno rispetto di quanto stabilito dalla legge sulla tutela dei dati personali. Le sarà garantito, in ogni momento, l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 della medesima legge.

Data Firma