

MODULO DI ISCRIZIONE **CORSO MEDICI** (tutti i campi sono obbligatori)

Nome:			
Cognome:			
Azienda/Studio*:			
Cod.Fisc./P.IVA:		N. iscrizione all'Albo:	
Indirizzo:			
CAP:			
Città:			
Telefono:			
E-mail e/o fax:			
Note:			
Paziente del dottor Duranti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Pagamento effettuato tramite:	<input type="checkbox"/> Bonifico Bancario (Banca _____ Data _____) <input type="checkbox"/> Conto corrente postale (Data _____)		

* Il nome dell'azienda (e relativa Partita IVA) sono obbligatori nel caso si richiedesse di fatturare a una società o a uno studio professionale. Per i privati basta il codice fiscale e non è necessario inserire il nome dell'azienda.

COME HAI RICEVUTO L'INFORMAZIONE DELL'ESISTENZA DI QUESTO CORSO?:
Sito del Dottor Duranti (www.studio-duranti.it)
Newsletter del Dottor Duranti
Sito superSalute (www.supersalute.com)
Newsletter di supersalute.com
Altro (specificare):

NOTA

L'organizzazione si riserva la possibilità di cambiare data e luogo dell'incontro con il solo obbligo di comunicare la variazione tramite il sito supersalute.com e studio-duranti.it e tramite una comunicazione alle persone già iscritte. Nel caso non fosse raggiunto il numero minimo di partecipanti, il corso verrà sospeso e ripresentato a data da destinarsi. I termini di rimborso in caso di disdetta sono indicati sul sito ww.supersalute.com.

Luogo, data

Firma

Informativa dati personali

Con la presente rilascio il mio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 196/2003, consapevole che senza il consenso la mia richiesta non potrà essere processata. I dati verranno utilizzati solo ed esclusivamente per gestire la mia iscrizione e per ricevere informazioni legate alla mia partecipazione alle attività formative. Potrò richiedere in qualsiasi momento la cancellazione dei miei dati rivolgendomi alla società AMOR S.R.L., via G. Compagnoni, 26 – 201129 Milano (MI).

Luogo, data

Firma

INVIARE VIA FAX (02 700 521 238)