

Scheda di iscrizione

Cognome

Nome

Indirizzo

CAP Città

Provincia

INTESTAZIONE FATTURA

Ragione Sociale

Indirizzo

CAP Città

Provincia

Tel./Cel.

Fax

E-mail

Codice Fiscale

P.iva

Informativa sulla privacy (d.lgs. 196/2003)

I dati richiesti saranno utilizzati per registrare la Sua partecipazione al corso e per le pratiche amministrative ad esso connesse. Saranno trattati da Istituto Chirurgico Palazzo Manzoni nel rispetto delle previsioni del d.lgs. 196/2003 e successive modifiche. Essi potranno essere inoltre utilizzati per l'invio di comunicazioni in merito all'organizzazione di altri eventi formativi. In qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del richiamato decreto e potrà richiedere la rettifica o la cancellazione dei Suoi dati.

Data: Firma:

Presto inoltre il consenso affinché le riprese fotografiche/video effettuate durante lo svolgimento del corso possano essere utilizzate per attività di promozione o per la pubblicazione su internet.

Firma:

Procedura per l'iscrizione:

Compilare il modulo ed inviarlo via fax al n 030.2404770 o via mail a corsi@palazzomanzoni.com unitamente alla copia del bonifico dell'importo indicato per ogni corso effettuato in favore di Palazzo Manzoni srl su IBAN: IT95S0324411200000000018439, specificando nella causale il titolo e la data del corso prescelto.