

**MODULO DI ISCRIZIONE PER IL CORSO
SMILE DESIGN 17/18 FEBBRAIO 2017**

PROCEDURA PER L'ISCRIZIONE:

Compilare il modulo in tutte le sue parti, inviarlo o via mail a corsi@palazzomanzoni.com o via fax al n.0302404770 unitamente alla copia del bonifico dell'importo di euro 610,00 (euro 500,00+IVA) effettuato in favore di Palazzo Manzoni srl sulle coordinate bancarie IBAN:IT95S032441120000000018439 indicando nella causale il titolo e data del corso prescelto.

Cognome: _____ Nome: _____
Iscrizione Albo Di : _____ N. : _____ Provincia: _____
Indirizzo : _____ Cap: _____ Citta' : _____ Prov: _____
Tel/Cel: _____ Fax: _____ Mail : _____

INTESTAZIONE FATTURA

Ragione Sociale: _____
Indirizzo : _____ Cap: _____ Citta' : _____ Prov: _____
Tel/Cel: _____ Fax: _____ Mail: _____
P.Iva: _____ Cod Fisc.: _____

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: _____