

MODULO DI ISCRIZIONE PER IL CORSO
IL SENO MASCELLARE- 8 MAGGIO/16 OTTOBRE 2015

Cognome :

Nome :

Iscrizione all'Albo di :

n°: Provincia :

Indirizzo :

CAP Città : Prov. :

Tel/Cell :

Fax :

e-mail :

ISTITUTO CHIRURGICO



PROCEDURA PER L'ISCRIZIONE:

Compilare il modulo ed inviarlo o via fax al n. 030 2404770 o via mail a corsi@palazzomanzoni.com unitamente alla copia del bonifico dell'importo di €450,00+IVA effettuato in favore di Palazzo Manzoni srl sull'IBAN IT95S0324411200000000018439 specificando nella causale "Corso Rialzo di Seno- 8 MAGGIO O 16 OTTOBRE 2015"

barrare la data scelta :

8 MAGGIO 2015

16 OTTOBRE 2015

Intestazione Fattura

Ragione sociale :

Indirizzo :

CAP Città : Prov :

Tel/Cell :

P. IVA :

Cod. Fisc. :

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

I dati personali 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.

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 legislativo e potrà richiedere la rettifica, o cancellazione dei Suoi dati.

Data Firma