



ROBERTO
FERRO
SCUOLA PRATICA
DI ORTODONZIA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

CORSO DI ODONTOIATRA INFANTILE—DOTT.SSA ISABELLA GOZZI

23-24-25 OTTOBRE E 20-21-22 NOVEMBRE 2019

Da inviare via Fax al numero 049.5972122 o via mail sarasquizzato@venetoservizisas.it

Cognome e Nome _____

Indirizzo di residenza _____ C.A.P. _____

Città _____ Provincia _____ Tel. _____ Tel. cell. _____

P.IVA _____ C.F. _____

Email _____ Luogo e data di nascita _____

DATI FATTURAZIONE

Fattura intestata a: _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Città _____ P.IVA _____ C.F. _____

PEC _____ CODICE FATTURAZIONE ELETTRONICA: _____

Nota informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e dell'art 13 DGPR (Regolamento UE 2016/679) I dati, acquisiti nell'ambito della nostra attività, sono trattati in relazione alle esigenze contrattuali e per l'adempimento degli obblighi legali e amministrativi. Tali dati sono trattati con l'osservanza di ogni misura cautelativa della sicurezza e riservatezza.

Data _____ Firma _____

Nel rispetto del D. Lgs. 196/2003, indicandoci i suoi dati avrà l'opportunità di essere aggiornato su tutte le iniziative commerciali e culturali da noi promosse.

Solo se non desiderasse ricevere ulteriori comunicazioni, barri la casella