



accettarsi ed accettare la

PSORIASI

con le sue multidisciplinari sfumature

Pastorano, 26 novembre 2016

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Si richiedono i crediti E.C.M. SI NO

ORDINE _____ CITTÀ DI ISCRIZIONE: _____

NUMERO DI ISCRIZIONE: _____

Medico Farmacista

Dipendente Libero professionista Convenzionato Privo di occupazione

Cognome _____

Nome _____

Sede di lavoro _____

Indirizzo lavoro _____

C.A.P. _____ Città _____ Pr. _____

Tel. lavoro _____ Cell. _____

Fax _____ E-mail _____

Professione _____ Disciplina _____

Nato a _____ il _____

Codice fiscale _____

Indirizzo privato _____

C.A.P. _____ Città _____ Pr. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ad opera della ITALYMEETING srl, con sede in Sorrento alla Via Parsano, 6/b e Spoleto in Via S. Agata, 8, nei limiti di detta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto della vigente normativa.

Data _____ Firma _____