

1° Meeting Tirreno-Adriatico di Proctologia
Chirurgia Proctologica Ambulatoriale

Firenze, 27 ottobre 2017

Scheda di iscrizione

da inviare entro il 20 ottobre via fax al n. **02 94752758** Info: 347 6507318

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Luogo di Nascita _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo (abitazione) _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Cellulare _____

E-mail _____ fax _____

Ente di appartenenza (Ospedale, Casa di Cura, altro) _____

Professione _____ Disciplina _____

Ordine dei Medici Collegio IPASVI Altro di _____

Numero d'iscrizione _____ Anno d'iscrizione _____

ISCRIZIONE GRATUITA

RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI
(Decreto legislativo 30/06/03 n. 196)

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui al Decreto legislativo del 30 giugno 2003 n. 196, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo stesso, conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali, al fine di consentire la formalizzazione dei reciproci rapporti contrattuali ed economici, oltre che per la gestione di comunicazioni a carattere informativo, organizzativo e commerciale. Il sottoscritto può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 18, tra cui il diritto di opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano ai fini previsti o di richiedere la modifica o cancellazione degli stessi, con comunicazione scritta alla:
P & P S.r.l. Viale Sarca, 41 - 20125 MILANO

no sì Firma _____ Data _____