



SESSIONE PER PERSONALE MEDICO - **Napoli**, Villa Doria d'Angri

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Specializzazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Allego copia di avvenuto pagamento

Intestazione fattura (ragione sociale, indirizzo e partita iva/codice fiscale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Acquisizione del consenso dell'interessato - art. 23 D.Lgs. 196/2003

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs 196/2003 dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche sensibili.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*inviare, unitamente alla copia di bonifico a:*

**DEFLA organizzazione eventi** - fax +39 081 402093 - congressi@defla.it