ISCRIZIONE CORSO TEORICO- PRATICO DI OSSIGENO-OZONO TERAPIA

DATA DEL CORSO: 05 / 12 / 2026

MODALITÀ: IN PRESENZA
C/O CLINICHE DI MEDICINA DEL BENESSERE - VIA PIETRO RONZONI 3, 24128 BERGAMO

MODALITÀ: A DISTANZA
MODALITÀ FAD SINCRONA CON PIATTAFORMA DEDICATA

QUOTA DI ISCRIZIONE: ☐ EUR 200,00 (in presenza) ☐ EUR 350,00 (a distanza)

DATI PERSONALI
NOMINATIVO: _____
CF: _____
INDIRIZZO: _____
CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV.: _____

DATI FISCALI
RAGIONE SOCIALE: _____
INDIRIZZO: _____
CAP: _____ CITTÀ: _____ PROV.: _____
P.IVA: _____
COD. SDI E/O PEC PER FATTURAZIONE: _____

DATI DI CONTATTO
TEL./CELL.: _____ E-MAIL: _____

DATI GENERALI
SPECIALITÀ: _____
ESERCITA COME: ☐ DIPENDENTE ☐ LIBERO PROFESSIONISTA ☐ CONVENZIONATO
PRATICA GIÀ OZONO: ☐ SÌ ☐ NO

DATA: _____ _____
FIRMA

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DLGS 196 DEL 30.06.2003 E DELL'ART. 13 GDPR (REGOLAMENTO UE 2016/679)
LA INVITIAMO ALTRESÌ A CONSULTARE L'INFORMATIVA PRIVACY DI AGE.NA.S DISPONIBILE AL LINK HTTPS://ECM.AGENAS.IT/PRIVACY-POLICY

Formnia CONGRESS

PROVIDER ECM N° 8093
FORMNIA CONGRESS SRL - info@formniacongress.it

PER RISULTARE CORRETTAMENTE ISCRITTI AL CORSO INVIARE MODULO ISCRIZIONE COMPILATO E COPIA CONTABILE PAGAMENTO A INFO@FORMNIACONGRESS.IT

PAGAMENTO DA EFFETTUARSI TRAMITE BONIFICO ALLE SEGUENTI COORDINATE
BENEFICIARIO: FORMNIA CONGRESS SRL
IBAN: IT85 Z 0873 553610 038000382557
CAUSALE BONIFICO: CORSO ALTA FORMAZIONE, DATA DEL CORSO E NOME DEL PARTECIPANTE