

ISCRIZIONE CORSO PRATICO DI OSSIGENO-OZONO TERAPIA

DATA DEL CORSO: ____/____/____

MODALITÀ: IN PRESENZA

C/O SAN BABILA CLINIC - CORSO GIACOMO MATTEOTTI, 1A, 20121 MILANO (MI)

QUOTA DI ISCRIZIONE: EUR 300,00

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](https://ecm.agenas.it/privacy-policy)