

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)



Formnia
CONGRESS

Segreteria Organizzativa:
FORMNIA CONGRESS SRL - formazioneozono@gmail.com

**PER RISULTARE CORRETTAMENTE ISCRITTI AL CORSO INVIARE
MODULO ISCRIZIONE COMPILATO E COPIA CONTABILE PAGAMENTO
A FORMAZIONE0ZONO@GMAIL.COM**

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