

ISCRIZIONE CORSO DI ALTA FORMAZIONE
MEDICINA E CHIRURGIA RIGENERATIVA

DATA DEL CORSO: __/__/__

MODALITÀ: A DISTANZA

MODALITÀ FAD SINCRONA CON PIATTAFORMA DEDICATA

QUOTA DI ISCRIZIONE: ☐ 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](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