



SCHEDA INFORMAZIONI E IDENTIFICAZIONE PARTECIPANTE

CORSO: <input type="checkbox"/> IN PRESENZA <input type="checkbox"/> ON LINE	<u>TITOLO DEL CORSO</u>
NOME e COGNOME	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO/NUM:	
COMUNE/PR	
TITOLO PROFESSIONALE	
TELEFONO CELLULARE	
E-MAIL (stampatello leggibile)	

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.: 196
I suoi dati saranno trattati elettronicamente ed utilizzati dall'ufficio Formazione, titolare del trattamento

FIRMA Leggibile

ACCONTO PER ISCRIZIONE: €

Il saldo in segreteria il giorno del corso

INTESTATO A: Medical Training Srls

IBAN: IT18V0200805265000107090628

Compilare ed inviare via e-mail unitamente alla copia del versamento a: Info@medicaltraining.it

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D. Lgs. N. 196 DEL 30/06/03

Autorizzo MEDICAL TRAINING Srls ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, eventuali quote associative sono assolte, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna

FIRMA per Accettazione
