

**Corso di aggiornamento in
ecografia ostetricia, ginecologica e diagnosi prenatale**

MODULO DI ISCRIZIONE E FATTURAZIONE
Da inviare via fax al n. 06 89281430 oppure via e-mail a segreteria@artemisiaecm.it

Nome: _____ Cognome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Codice fiscale: _____

P.IVA: _____

Indirizzo di residenza: _____

C.a.p.: _____ Comune _____ Sigla provincia: _____

Tel.: _____ Cell.: _____

E-mail: _____

Professione e disciplina: _____

Struttura di appartenenza: _____

O Libero professionista O Dipendente O Convenzionato O Privo di occupazione

Settimana di frequenza dal _____ al _____

DATI FATTURAZIONE:

Nome: _____ Cognome: _____

Codice fiscale: _____

Ragione Sociale Società: _____

P. IVA _____

Indirizzo: _____

C.A.P.: _____ Città: _____ Provincia: _____

Data: _____

Firma _____

AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.G.L. 30/06/2003 N° 196 ART. 183 SULLA PRIVACY E PER LA TRASMISSIONE DELL'ECM. I DATI NON SARANNO NÉ DIFFUSI NÉ COMUNICATI A SOGGETTI DIVERSI DA QUELLI CHE CONCORRONO ALLA PRESTAZIONE DEI SERVIZI RICHIESTI.