

CORSO di AGGIORNAMENTO

CITTA' _____

Incontro : I° II° III° IV°

(cerchiare l'incontro a cui si vuole partecipare)

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____

Prov. _____ Tel. _____

Cod. Fisc. (obbligatorio) _____

Intestare le ricevute a:

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____

Prov. _____ Tel. _____

Cod. Fisc. (obbligatorio) _____

Allego:

- F/copia vers. postale su ccp n. 18448001
- F.copia Bonifico cod. IBAN IT98 Z076 0103 2000 00018448001

Intestato a: **smb** Italia

di Euro _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003

I dati forniti saranno oggetto di trattamento a mezzo di sistemi informatici e manuali, nel pieno rispetto delle norme. Tali dati saranno utilizzati per uso interno a scopo amministrativo e/o commerciale, potranno essere comunicati a terzi per invio di comunicazioni riguardanti informazioni scientifiche e/o commerciali nel campo della medicina naturale, ed al Ministero della Salute, o ad altri Enti ufficiali, ai fini del rilascio dei crediti ECM. Secondo quanto stabilito dall'art. 13 del D.LGS n.196 del 30/06/2003 il partecipante potrà chiederne la rettifica o la cancellazione in qualsiasi momento all'indirizzo smbitalia@smbitalia.org oppure scrivendo a Smb Italia via M. Serao 23/a - 00128 Roma. Con la firma qui di seguito si accetta il trattamento dei dati come suesposto, unitamente alle norme di partecipazione ed iscrizione alla Smb Italia.

Data

Firma leggibile per accettazione
