

Modulo di iscrizione

CORSO

LUOGO E DATA

DATI DEL PARTECIPANTE (si prega di scrivere in maiuscolo)

Nome

Cognome

Qualifica professionale

Indirizzo

Città

Prov.

Codice fiscale

Partita iva.

Cellulare

Mail.

INDICARE CORTESAMENTE SE

Libero professionista

Dipendente

Studente

Altro

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.23 D.Lgs:196/2003
(il conferimento dei dati è obbligatorio per legge)

- Il presente modulo va inviato a Secondo Tempo srl via mail all'indirizzo info@stmedicali.it
oppure via whatsapp al 04221626416

PER ACCETTAZIONE

Data

Firma leggibile

INVIA ISCRIZIONE