

SCHEDA ISCRIZIONE

Compilare, stampare e spedire via mail a:
infocongressi@ptechnsrl.it



Nome

Cognome

Indirizzo

CAP

Città

Prov.

Tel.

Cell.

E-mail

Ospedale/Istituto/Ass. Profes.

Professione

Disciplina

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

DATI OBBLIGATORI per il conseguimento dei CREDITI FORMATIVI ECM

Codice Fiscale

Data di nascita

Luogo di nascita

Invitato da sponsor

SI

NO

Se SI, indicare il nome sponsor

Si dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy ai sensi del Codice Privacy e del GDPR 2016/6791

DATA

1. Autorizzo P-Tech srl al trattamento dei propri dati personali per le finalità di cui all'invito in parola
2. Autorizzo P-Tech srl a comunicare a terzi i miei dati personali per fini commerciali e/o promozionali