



Da inviare via email congressi@cfssicilia.it

SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTE

VI Giornate Siciliane di Medicina Estetica

9-10-11 Novembre 2018

Villa Magnisi, Palermo

COGNOME
NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE
INDIRIZZO
CAP- CITTA'
RECAPITO TEL.
AZIENDA DI APPARTENENZA
SETTORE/SERVIZIO DI APPARTENENZA
QUALIFICA
SPECIALIZZAZIONE
DIPENDENTE <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO <input type="checkbox"/>
E-MAIL
NUMERO ISCRIZ. ALBO/COLLEGIO/ ASS.

AUTORIZZO AI SENSI DEL D.L. 196/2003 AL TRATTAMENTO DEI DATI AL SOLO SCOPO ORGANIZZATIVO E PROMOZIONALE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA.

IN QUALSIASI MOMENTO POTRO' CHIEDERE LA CANCELLAZIONE, VARIAZIONE E VISIONE DEI MIEI DATI.

FIRMA _____