



SCHEDA DI ISCRIZIONE
1° CORSO DI ORTODONZIA PER LOGOPEDISTI

17 e 18 febbraio 2017- Bologna

Dati anagrafici partecipante

Cognome Nome

Indirizzo CAP

Città Provincia

Telefono email

Professione _____ Crediti ECM SI' NO

SOCIO FLI SI' NO

SOCIO SIFEL SI' NO

SOCIO SIDO SI' NO

SOCIO SMOFITALIA 2017 SI' NO

Dati per la ricevuta/fatturazione

(* campi obbligatori)

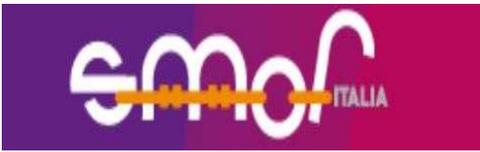
Ente

Soggetto privato

Indirizzo CAP

Città Provincia

C.Fiscale* P.IVA



Data

Firma

Esprimo il mio consenso e autorizzo alla conservazione e al trattamento dei miei dati personali nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs n. 196/2003 ECMLogos per le operazioni di registrazione e fatturazione dell'iniziativa didattica in oggetto. Dichiaro di aver letto, compreso e accettato le politiche di rimborso applicate da ECMLogos in caso di disdetta.

Data

Firma
