

## FORM DI ISCRIZIONE AL CORSO DI ASSISTENTE ALLA POLTRONA ODONTOIATRICA

presso la scuola CFMO: Via Ottavio Tupputi 17/19 - 70126 Mungivacca (BA)

**440 ORE**

**DATI PARTECIPANTE AL CORSO**

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Luogo e data di nascita

Indirizzo

CAP

Comune

Prov.

Telefono

Fax

E-mail

**DATI DI FATTURAZIONE**

Ragione Sociale/Studio/Azienda

Forma contrattuale

 Dipendente  Libero professionista  Convenzionato

Codice Fiscale

Partita IVA

Indirizzo

CAP

Comune

Prov.

Telefono

Fax

E-mail per invio fattura

**PAGAMENTO**

**MODALITÀ DI PAGAMENTO** - indicare nella causale: TITOLO DEL CORSO E GIORNATA/E SCELTA/E

- Versamento su Conto Corrente Postale: CCP n° 4205808 intestato a Sanitanova S.r.l.  
Via Cherubini 6 - 20145 Milano
- Bonifico Bancario intestato a Sanitanova S.r.l. **IBAN IT76 E 01010 04015 100000062852**

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

TIMBRO E FIRMA

.....

Ai sensi del D.Lgs 196/03 garantiamo che i dati forniti saranno da noi custoditi e trattati con assoluta riservatezza e utilizzati esclusivamente a fini commerciali e promozionali della nostra attività. I Suoi dati potranno essere altresì comunicati a soggetti terzi per i quali la conoscenza dei Suoi dati risulti necessaria o comunque funzionale allo svolgimento dell'attività della nostra Società. Il titolare del trattamento è: Sanitanova Srl - Via Cherubini 6 - 20145 Milano. Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi, mediante il numero 02 89692182 per far valere i Suoi diritti di rettificazione, cancellazione, opposizione a particolari trattamenti dei propri dati, esplicitati all'Art. 7 D.Lgs 196/03.

FIRMA .....