

# FORM DI ISCRIZIONE AL CORSO "COMUNICAZIONE ODONTOIATRICA: un approccio completo alla comunicazione di studio "

## DATI PARTECIPANTE AL CORSO

DATI DI FATTURAZIONE

PAGAMENTO

<b>Ragione Sociale/Studio/Azienda</b>																							
<b>Codice Fiscale</b>		<b>Partita IVA</b>																					
<b>Indirizzo</b>																							
<b>CAP</b>		<b>Comune</b>										<b>Prov.</b>											
<b>Telefono</b>												<b>Fax</b>											
<b>E-mail per invio fattura</b>																							

**MODALITÀ DI PAGAMENTO** - indicare nella causale: TITOLO DEL CORSO

- Versamento su Conto Corrente Postale: CCP n° 4205808 intestato a Sanitanova S.r.l.  
Via Cherubini 6 - 20145 Milano - fax 080 8971730
  - 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** .....  
.....