SCHEDA ISCRIZIONE

DEVAMED SRL
35010 VIGONZA (PD)
P.IVA/C.F. 04329390712
devamedsrl@pec.it

PERME
PERSONALIZED REGENERATIVE MEDICINE

Iscrizione al corso .....del .....

PARTECIPANTE

COGNOME .....
NOME .....
PROFESSIONE .....
AZIENDA/OSPEDALE/ENTE DI APPARTENENZA
.....
NATO A ..... **IL** ..... /..... /.....
CODICE FISCALE .....
INDIRIZZO SEDE LEGALE .....
CAP – CITTÀ – PROVINCIA .....
TELEFONO ..... **CELLULARE** .....
E-MAIL .....

RAGIONE SOCIALE .....

VIA .....

CITTA'.....

P.IVA .....

CODICE UNIVOCO .....

IBAN DEVAMED SRL IT72H0344012101000006282397 **€ 100,00**

Per informazioni ed invio modulo: info@devamed.it

Cel 342/6552736

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la compilazione della scheda si autorizza al trattamento dei dati personali forniti, nel rispetto degli obblighi previsti dalla legge 196/2003

DATA ..... **FIRMA** .....