

SCHEDA DI ISCRIZIONE

CORSO DI MIO INTERESSE: _____

DATA _____ LOCALITA' _____

Orthofan Laboratorio Ortodontico
Via Celestino V, 5
64010 Villa Lempa (TE) - Italy
Tel/fax +39 0861 917421



Cognome e Nome _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Città _____ Tel. _____ Tel. Cell. _____

P. IVA _____ C.F. _____ (obbligatorio)

e-mail _____ Luogo e data di nascita _____ (obbligatorio)

Nota informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 I dati, acquisiti nell'ambito della nostra attività, sono trattati in relazione alle esigenze contrattuali e per l'adempimento degli obblighi legali e amministrativi. Tali dati sono trattati con l'osservanza di ogni misura cautelativa della sicurezza e riservatezza.

Data _____ Firma _____

Nel rispetto del D. Lgs. 196/2003, indicandoci i suoi dati avrà l'opportunità di essere aggiornato su tutte le iniziative commerciali e culturali da noi promosse. Solo se non desiderasse ricevere ulteriori comunicazioni, bari la casella