

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'EVENTO ECM 2603-129168 del 13/06/2015**"GIORNATA DI ODONTOIATRIA FORENSE"**

Cognome			
Nome			
luogo e data di nascita			
indirizzo			
città/provincia/CAP			
professione	ODONTOIATRA		
attività	<input type="checkbox"/> libero professionista	<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> convenzionato
iscritto nell'albo degli Odontoiatri di Frosinone	al N. _____		
CODICE FISCALE			
indirizzo mail			
indirizzo PEC			
telefono			
cellulare			
fax			

Ai sensi della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e successive modificazioni, autorizzo al trattamento dei miei dati personali.

Data _____

Firma _____

Si raccomanda di compilare la scheda di iscrizione IN TUTTE le sue parti.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

N° iscrizione al corso _____

Frosinone _____

_____ firma dell'incaricato che riceve l'istanza