

## Scheda d'iscrizione al corso

### CORSO RESTAURI INDIRETTI INTARSI FACCETTE E FULL MOUTH ADHESIVE REHABILITATION

Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo dello studio \_\_\_\_\_

Città e CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Telefono studio  
cellulare \_\_\_\_\_

#### Dati per la fatturazione

Ragione sociale o  
intestazione fattura \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città CAP Provincia \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Codice Univoco \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

#### Informativa sulla privacy

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 d.leg.vo 196/2003

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_