



Scheda di Iscrizione da spedire via mail a info@svemg.it o via fax al n. 049 897 40 12

Si prega gentilmente di compilare in **STAMPATELLO**

Corso - Data	CORSO PER COLLABORATORI DI STUDIO - Sabato 28 Settembre 2013		
Luogo svolgimento	S.Ve.M.G. – Scuola Veneta di Medicina Generale Via Pelosa, 78 – 35030 Caselle di Selvazzano (PD)		
DATI PARTECIPANTE			
Cognome			
Nome			
Luogo nascita (prov)		Data nascita	
Indirizzo (Via, n, cap, paese, prov.)			
Tel. Lavoro		Fax	Cell
Codice fiscale			
Partita IVA			
Indirizzo e-mail			
DATI PER FATTURAZIONE	Come sopra <input type="checkbox"/>	Diversi (indicarli nello spazio sottostante)	
Cognome			
Nome			
Indirizzo (Via, n, cap, paese, prov.)			
Codice fiscale			
Partita IVA			

Data: ____/____/____

Firma: _____

Autorizzo S.Ve.M.G. al trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.L. n 196/2003 "Codice Privacy", esclusivamente per il perfezionamento dell'iscrizione al presente corso. Ogni altro uso non è autorizzato.

Data: ____/____/____

Firma: _____