

PRE-ISCRIZIONE

Nome Cognome

Codice Fiscale.....

Città Cap Prov.....

Telefono E-mail

ASO qualificato

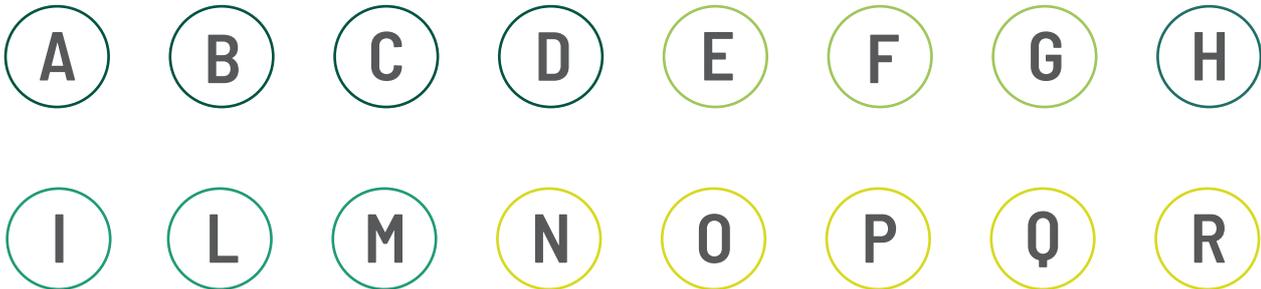
ASO equipollente

Studio.....

Città Cap Prov.....

Telefono E-mail

SCELTA CORSI :



● TUTTI I PREZZI SI INTENDONO IVA INCLUSA

Pagamento tramite bonifico bancario intestato a: TÉCHNE MEDICA SRL
COD. IBAN. IT30N0538710901000042550315 / Casuale Iscrizione corso [nome cognome]
Inviare la scheda di iscrizione e copia del pagamento a info@technemedita.it

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere preso visione dell'informativa al trattamento dei propri "dati personali", ai fini della gestione del corso in oggetto e secondo le modalità indicate nell'art.13 del Regolamento Europeo n.679/2016 e del Regolamento della Dental Team Academy di Techne Medica srl, scaricabile dal sito www.dentalteamacademy.it

Data

Firma