

**MODULO D'ISCRIZIONE**

**Titolo** \_\_\_\_\_  
**Data/e** \_\_\_\_\_ **Luogo** \_\_\_\_\_  
**Relatore** \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Cod. fisc. \_\_\_\_\_

Iscr. Albo n° \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**DATI PER LA FATTURAZIONE**

Ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Partita iva \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Mail certificata PEC \_\_\_\_\_

e/o

Codice Destinatario Univoco (SDI) \_\_\_\_\_

**OPZIONI MODALITA' DI PAGAMENTO**

Bonifico Bancario a favore di:  
Dental Campus srl  
UBI BANCA  
IBAN: IT56R0311137350000000001291

Inviare la scheda di adesione tramite email [segreteria@dentalcampus.it](mailto:segreteria@dentalcampus.it)  
L'iscrizione si intenderà perfezionata solo se accompagnata da relativa quota iscrizione.

**Consenso trattamento dati personali (D.L. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni ed il Regolamento Europeo n. 679/2016)**

Autorizzo l'uso dei dati  Non autorizzo l'uso dei dati

**Titolo Corso Prescelto:**

Data

Firma