

MODULO D'ISCRIZIONE

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 _____

OPZIONI MODALITA' DI PAGAMENTO

- Bonifico Bancario a favore di:
Dental Campus srl
Banca delle Marche Filiale 319 – Castelferretti
IBAN: IT84 R 06055 37351 000000002258

Inviare la scheda di adesione a mezzo fax al n. 071.9162845, o tramite email segreteria@dentalcampus.it
L'iscrizione si intenderà perfezionata solo se accompagnata da relativa quota iscrizione.

Consenso trattamento dati personali (D.L. 196/2003)

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

Titolo Corso Prescelto:

Data _____

Firma _____