

TRATTAMENTO E GESTIONE DEI PAZIENTI CON COAGULOPATIE CONGENITE ED ACQUISITE

Roma 19.03.2015

SCHEDA DI ADESIONE

NOME

COGNOME

QUALIFICA

COD.FISCALE

VIA

CITTA'

CAP

PROVINCIA

email

TEL

CELL

Consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati comuni da parte dell'Associazione Italiana Odontoiatri. Io sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art.13 del D.Lgs. n. 196/03, attesto il mio libero consenso affinché il titolare proceda al trattamento dei miei dati personali. Dichiaro di aver preso visione dell'art. 7 del D. Lgs. n. 196/03.

FIRMA
