

MODULO D'ISCRIZIONE "RAIMBOW"

Il/La sottoscritto/a _____

Società _____

Via _____ Città _____ Provincia _____

Tel _____ e-mail _____

CHIEDE

Di essere iscritto all' incontro di CAD avanzato che si svolgerà presso la sede Dent-One a Imola (BO) Via Calamelli 1 /b Sabato 25 Gennaio 2020 dalle 8:30 alle 16:30

al costo di € 250 + IVA 22% = € 305

Si richiede fattura da intestare a:

Professionista/Ragione sociale società _____

Indirizzo _____

P. IVA _____

Codice Univoco _____

CONDIZIONI DI PAGAMENTO

L'iscrizione sarà perfezionata al ricevimento della ricevuta del pagamento della quota d'iscrizione che dovrà effettuarsi tramite bonifico bancario a favore di:

Dent-One snc Banca di Credito Cooperativo IBAN IT24Q0359901899085428530892

Nella causale specificare: Raimbow 25 Gennaio 2020

I posti sono limitati per cui ti chiediamo di fare il bonifico quanto prima e di avvisarci a pagamento avvenuto, farà fede la data del pagamento per l'effettiva iscrizione al corso

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati forniti saranno oggetto di trattamento a mezzo di sistemi informatici, nonché manuali, nel pieno rispetto delle norme di legge a tutela delle persone e di altri soggetti, in ottemperanza al decreto legislativo n. 196 del 30/06/03.

L'utilizzo di tali dati sarà esclusivamente di uso interno. È facoltà del Professionista richiederne la rettifica e la cancellazione in qualsiasi momento, scrivendo a labdentone@gmail.com Titolare delle informazioni fornite è Dent-One snc

IL Professionista _____ li _____

In relazione al D. Lgs 196/03 esprimo il mio consenso rispetto al trattamento dei dati personali, i quali saranno utilizzati per l'integrale esecuzione del presente contratto.

IL Professionista _____