



Da reinviare via email a info@format-group.it o fax al numero 0881/530664.

MODULO DI ISCRIZIONE ECM

MALATTIE DI PARKINSON

Nome

Cognome

Luogo di Nascita

Data di nascita

Indirizzo

Città

Cap

Prov.

C.F.

Tel. ()

Fax ()

Email

Costo 21,00 Euro

Informativa ex Dlgs 196/2003 – Tutela della Privacy

I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati per l'iscrizione all'iniziativa, per elaborazioni di tipo statistico e per l'invio di future comunicazioni con modalità, anche automatizzate, strettamente necessarie a tali scopi. Il conferimento dei dati serve per l'esecuzione del servizio. Titolare del trattamento è Format - Ente di Formazione Dauno – C.so Garibaldi, 19 – 71036 LUCERA. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Dlgs 196/2003 (accesso, integrazione, correzione, opposizione, cancellazione) scrivendo alla suddetta Associazione.

Letta l'informativa, con la consegna della presente scheda consento al trattamento dei miei dati personali con le modalità e per le finalità indicate nella stessa informativa. Attraverso il conferimento dell'indirizzo e-mail, del numero di telefax e/o del numero di telefono (del tutto facoltativo) consento all'utilizzo di questi strumenti per l'invio di eventuali comunicazioni future.

Data

Firma