



# CORSO DI AGGIORNAMENTO IN ODONTOIATRIA

*"Gli Odontoiatri al Servizio delle Famiglie"*

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

Compilare in stampatello ed inviare all'ordine dei medici di catanzaro email: [ordinedeimedicicz@virgilio.it](mailto:ordinedeimedicicz@virgilio.it)  
Il Pagamento della quota d'iscrizione potrà essere effettuato il 24 marzo in sede congressuale.

### ISCRIZIONE

Odontoiatra € 50,00

Studente gratuito

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

DATA di NASCITA: \_\_\_\_\_ LUOGO: \_\_\_\_\_ QUALIFICA PROFESSIONALE: \_\_\_\_\_

ENTE di APPARTENENZA: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

### DATI PER FATTURAZIONE

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

C.F. / P.IVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

EVENTUALI ESENZIONI A TITOLO DI LEGGE \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti del D.L. 196/2003 e sue integrazioni, il/la sottoscritto/a autorizza il trasferimento dei propri dati personali al Ministero della Salute allo scopo di poter partecipare al Programma di accreditamento ed aggiornamento professionale previsto dalla legge. Autorizza, inoltre, la CHRONOS S.r.l. al trattamento dei propri dati ai fini unicamente inerenti le attività di aggiornamento. I dati saranno utilizzati unicamente per gli scopi indicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_