



MODULO DI ISCRIZIONE

Io sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____

Prov. _____ Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

Nato/a il _____ a _____

C.F. _____

Ragione sociale _____

P.IVA _____

Laureato in Medicina e Chirurgia/Odontoiatria nell'anno accademico _____

Presso l'Università degli Studi di _____

Iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con N. _____

Chiedo di essere iscritto/a al corso/ai corsi ASPEM (indicare titolo e data del corso/dei corsi) _____

Dichiaro di aver letto, compreso ed accettato il regolamento del corso

Dichiaro di consentire il trattamento dei miei dati personali ai sensi del DL 196/03 in materia di privacy autorizzando ALFOR srl per le finalità legate all'iscrizione al corso.

Effettuerò il pagamento

1. Mediante bonifico bancario:

ALFOR srl

Banca Popolare di Sondrio

IBAN: IT 18 A 05696 20600000004329X38

2. Direttamente presso la sede ASPEM mediante assegno bancario o contanti in data precedente a quella del corso.

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DEL DOCUMENTO E DI ACCETTARLO NELLA SUA INTERESSA

DATA _____

FIRMA _____

ALFOR srl