

Sonno Alleato

Scheda d'iscrizione Febbraio 2018 Aosta (da compilare in stampatello)

Come hai saputo di questo seminario? _____

Dati del partecipante

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Città _____

Cap _____ Provincia _____

Tel _____ Indirizzo e-mail _____

Professione _____

Codice Fiscale _____

Dati intestazione fattura (se diversi)

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Città _____

Cap _____ Provincia _____

Codice Fiscale _____

sono professionista e desidero fattura in quanto spesa professionale

Partita IVA _____

Ai sensi della normativa in materia di tutela dei dati personali acconsento a che la dott.ssa Sophie Ott con domicilio fiscale in Gazzola (PC), CAP 29010, località Il Piano 1, possa trattare i miei dati sopra indicati (spunta la voce che ti interessa):

- Ai fini esclusivamente della mia partecipazione alle attività dell'incontro in oggetto
- Anche per informarmi delle sue attività che promuoverà in futuro attraverso e-mail o newsletter

Sono consapevole che potrò in qualunque momento ottenere la modifica o la cancellazione dei miei dati personali dagli archivi della dott.ssa Sophie Ott a semplice richiesta.

Firma