

Scheda di iscrizione

N. DI ISCRIZIONE ORDINE
DI.....NOMECOGNOME.....
CODICE FISCALE
PROFESSIONE.....
INDIRIZZO STUDIO.....
CITTÀ..... PROV..... CAP
TELEFONO EMAIL

DATI PER LA FATTURAZIONE

RAGIONE SOCIALE.....P.IVA.....
CODICE FISCALE CODICE UNIVOCO.....
PEC.....
INDIRIZZO STUDIO.....
CITTÀ PROV..... CAP

Modalità di pagamento

QUOTA DI PARTECIPAZIONE ODONTOIATRI € 199,00 + IVA
QUOTA DI PARTECIPAZIONE IGIENISTI 99,00 €+ IVA

BONIFICO BANCARIO A FAVORE DI:

SMILE CARE SRL

IBAN IT27R0708715800000000005561

CAUSALE: ISCRIZIONE CORSO DI SCOUTING AND SEARCHING FOR ORAL LESIONS +
NOME E COGNOME

Affinché l'iscrizione sia ritenuta avvenuta con successo è necessario inviare una mail all'indirizzo corsi@mtdentalacademy.it allegando la presente scheda compilata e firmata e l'attestazione del bonifico.

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS.N.196/2003 (CODICE PRIVACY) E DELL' ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) PER FINALITÀ DI LEGGE E PER COMUNICAZIONI COMMERCIALI SUI CANALI MT DENTAL CLINIC E MT DENTAL ACADEMY RELATIVE AL CORSO IN OGGETTO E AI PROSSIMI CORSI.



SI



NO

FIRMA