

MODULO ISCRIZIONE

DA INVIARE ALLA E-MAIL formazione@ostetricheinterve.it

Segnare l'edizione a cui si intende partecipare

- 1 edizione **TREVISO** 16/03/2023 2 edizione **MESTRE (VE)** 17/03/2023
 3 edizione **CITTADELLA (PD)** 30/03/2023 4 edizione **VICENZA** 31/03/2023

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Iscritto all'ORDINE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA INTERPROVINCIALE BL-PD-RO-TV-VE-VI
GRATUITO

Iscritto presso ALTRI ORDINI

euro 50,00 iva incl.

Saldare la quota tramite bonifico intestato a: **EFTE EMME SAS DI ANNA MARSIAJ & C.**

Centro Veneto Bassano Banca – Filiale Centro Storico Vicenza

IBAN: **IT91R0859011801000081001013**

Causale: Iscrizione Corso Ostetriche/i Edizione N.____ (indicando cognome e nome dell'iscritto)

Ostetrica/o Iscritto Ordine della provincia di _____ Libero Professionista

Cognome _____ Nome _____

Via abitazione _____ Citta' _____ Cap _____ Prov _____

Luogo di lavoro _____

Recapito telefonico _____ cellulare _____

E-mail: _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____

Luogo e data _____ Firma _____

Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali ai fini statutari

Preso atto dei diritti riconosciuti dall'art. 13 della l.n.675/96 a mia conoscenza, il/la sottoscritto/a autorizza Ordine della Professione Ostetrica Interprovinciale BL, PD, RO, TV, VE, VI a trattare, comunicare, diffondere, anche in modalità elettronica e/o automatizzata, i dati personali di cui al presente modulo ai fini statutari, informazioni, invio di materiale informativo e culturale

Luogo e Data _____ Firma _____