

SCHEDA DI ADESIONE

RESPONSABILE REPARTO COSMETICO

Solo il buono del sole



TRIPLA PROTEZIONE AVANZATA

Iscrizione:

Compilare e restituire il seguente modulo via fax alla segreteria organizzativa al n. di fax 040 23 21 00 (dr.ssa Marina Bellini / dr.ssa Alessandra Sason)

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

DATI DEL PARTECIPANTE

a) **NOME E COGNOME** _____

RAGIONE SOCIALE FARMACIA _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ **LOCALITA'** _____

TEL _____

Con il presente modulo, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del d.lgs 196/03 sulla privacy.
I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

Data _____

Firma _____