

CEDOLA D'ISCRIZIONE

Nome :	Cognome :	
Data di Nascita :	Luogo di Nascita :	
Città :	Indirizzo Personale :	
E-mail :	C.A.P. :	Provincia :
Telefono/Cellulare :	Cod. Fisc. :	

DESIDERO PARTECIPARE ALLA SESSIONE

A MARZO **B** MAGGIO **C** NOVEMBRE

Prima di effettuare l'iscrizione telefonare o inviare e-mail alla segreteria organizzativa per verificare la disponibilità dei posti

CONFERMO LA MIA ADESIONE AL CORSO PRATICO DI IGIENE ORALE

ACCETTANDO LE CONDIZIONI DEL REGOLAMENTO ARDEC ACADEMY E DICHIARANDO DI ESSERE:

<input type="checkbox"/> IGIENISTA DIPLOMATO/A	<input type="checkbox"/> IGIENISTA LAUREATO/A	<input type="checkbox"/> ODONTOIATRA
<input type="checkbox"/> STUDENTE CLID	<input type="checkbox"/> STUDENTE CLOPD	
<input checked="" type="checkbox"/> DESTRO/A	<input checked="" type="checkbox"/> MANCINO/A	<input checked="" type="checkbox"/> AMBIDESTRO/A

Data :

Firma :

PER L'ISCRIZIONE SEGUIRE LA SEGUENTE PROCEDURA:

Inviare tramite e-mail ad info@ardec.it la presente cedola compilata e la copia dell'ordine di bonifico bancario a favore di:

Antonella Tani BPER IBAN IT71D053872420000003242987
Causale: Corso Pratico di Igiene Orale (indicare la sessione scelta)

INTESTAZIONE FATTURA

Ragione Sociale :	Indirizzo :	
Città :	C.A.P. :	Provincia :
Telefono :	P. IVA :	C.F. :

CODICE SDI o INDIRIZZO PEC per fatturazione Elettronica:

Informativa sulla Privacy: Ai sensi degli articoli 13, comma 2, e da 15 a 21 del regolamento UE 2016/679 vi comuniciamo che nel nostro archivio cartaceo e/o informatico sono contenuti i vostri dati personali e che questi saranno utilizzati ed elaborati direttamente o tramite soggetti esterni per finalità di carattere gestionale-amministrativo e per l'invio di comunicazioni in merito allo svolgimento di eventi formativi. L'informativa completa è disponibile sul sito www.ariminum.eu

Per informazioni sede **Ardec Academy** Viale Pascoli 67 47923 Rimini (RN) Tel 0541 393444 - Email: info@ardec.it - www.ariminum.eu



Data e Firma :