



Medico -chirurgo

Odontoiatra

SCHEDA DI ISCRIZIONE  
Corso Auricoterapia/NMA in Odontoiatria 2024

Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Indirizzo	
Città - Provincia - CAP	
Cellulare	
E-mail	

inviare il modulo entro il giorno 30.04.2024 a

[gsatnagopuntura@gmail.com](mailto:gsatnagopuntura@gmail.com)

I versamenti vanno effettuati sul c/c intestato a Futura Medica SRL su Banca Intesa S. Paolo – Ag. Quartu S. E. con IBAN:

IT67 K030 6943 9571 0000 0011 621

Prendo atto, con riferimento alla L. 196/03 che:

- La finalità del trattamento dei dati che mi riguardano sono quelle previste dallo Statuto sociale e dal Regolamento di GSATN
- Le modalità del trattamento previste potranno essere manuali o elettroniche.
- Il titolare del trattamento dei dati è il Presidente dell'Associazione presso la sede dell'Associazione stessa.
- Ai sensi dell'art. 13 della L. 197/03, trasmetto volontariamente a GSATN i dati sopra riportati ad esprimo il consenso al loro trattamento secondo quanto sotto riportato

Data

Firma