

SCHEDA DI ISCRIZIONE AI CORSI

Cognome e Nome _____
Funzione Aziendale _____
Società/ Ente di appartenza _____
Indirizzo _____
CAP _____ Città (prov) _____
Telefono _____ Fax _____
e-mail _____

Desidero essere iscritto ai seguenti corsi (indicare titolo e data di svolgimento):

Desidero ricevere i crediti ECM (qualora previsti) per la seguente professione:

farmacista biologo chimico

Se l'iscrizione viene accolta, autorizzo Biolab SpA ad emettere fattura per l'importo totale di € _____ + IVA intestata a:

Indirizzo: _____
P. IVA: _____

Il trattamento dei dati personali sarà effettuato nel rispetto della normativa vigente, con l'ausilio di strumenti automatizzati, al fine di gestire le prenotazioni ai corsi e per l'invio di materiale informativo e pubblicitario riguardante le iniziative di Eurofins Biolab. Ai sensi della Legge 196/03 sulla privacy potrete richiedere la cancellazione, modifica, integrazione dei dati oggetto del trattamento scrivendo a Biolab Spa - Via B. Buozzi, 2 - 20090 Vimodrone (MI). Con la redazione e l'invio della presente scheda esprimete il Vostro consenso al trattamento dei dati comunicati per le finalità sopra elencate.

Data _____ Firma _____

Compilare il modulo d'iscrizione in ogni
sua parte e inviarlo via Fax allo **02-25071599**

Per contattare il **Centro di Formazione Eurofins Biolab:**
e-mail: formazione@biolab.it - tel. 02.2507151