

## OMEOPATIA In PRATICA - MODULO DI ADESIONE

COGNOME	
NOME	
CODICE FISCALE	
PARTITA IVA	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	
CITTA'	
C.A.P.	
E-MAIL	
TELEFONO	
MOBILE	
LAUREA IN	
ANNO	
ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE PROV.	
NUMERO ISCRIZIONE ALL'ORDINE	
RAGIONE SOCIALE Farmacia-Parafarmacia	
INDIRIZZO	
CITTA'	
TELEFONO	
PARTITA IVA	
PEC	
CODICE DESTINATARIO	
<b>DATI PER FATTURAZIONE</b> (se diversi da quelli sopra indicati)	
RAGIONE SOCIALE	
INDIRIZZO	
CITTA'	
C.A.P.	
PROVINCIA	
PEC	
CODICE DESTINATARIO	

ALLEGO RICEVUTA BONIFICO BANCARIO DI euro \_\_\_\_\_ IVA INCLUSA

FATTURARE A ME MEDESIMO

FATTURARE DATI FARMACIA

AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DLGS 30 GIUGNO 2003 N.196

DATA

FIRMA

Da inviare alla segreteria organizzativa insieme a copia di avvenuto bonifico al Centro Omeopatico Italiano Ippocrate – ROMA o **via fax:** +39 06 37353094 oppure **e-mail:** info@coii.it

Centro Omeopatico Italiano Ippocrate S.r.l. - Banca Popolare dell'Emilia Romagna - IBAN ● IT89E0538773620000000141720

indicando la **causale**. Per ulteriori informazioni contattare il numero +39 347 594 16 51(Sig.ra Clara Rusticelli)