

# FORMAZIONE SPECIFICA IN OMEOPATICA • ROMA

ANNO ACCADEMICO 2019 • 2020 | COUPON DI ADESIONE

1° Anno Accademico

Anno Successivo

Seminari Aggiornamento

cognome	nome
cod. fisc.	
P. IVA	
nascita luogo	data
indirizzo	
città	CAP
e-mail	@
telefono	mobile
laurea in	anno
specializzazione	
iscrizione Ordine Professionale della provincia di	al num.
albo <input type="checkbox"/> Medici Chirurghi <input type="checkbox"/> Odontoiatri <input type="checkbox"/> Medici Veterinari <input type="checkbox"/> Farmacisti	
<input type="checkbox"/> libero professionista <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> convenzionato	

## Spazio riservato ai Sigg. Farmacisti

Ragione Sociale Farmacia

Indirizzo Città

Tel. Fax

P. IVA

ALLEGRO  ricevuta bonifico bancario dell'importo dovuto

FATTURARE  a me medesimo (dati sopra indicati)  farmacia (dati sopra indicati)

DATI PER FATTURAZIONE (SE DIVERSI DA QUELLI SOPRA INDICATI)

Ragione Sociale

Indirizzo

Città CAP PROV.

P. IVA

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del DLgs 30 giugno 2003 n. 196

Acconsento  Non acconsento

Data Firma



da spedire alla **SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

**CENTRO OMEOPATICO ITALIANO IPPOCRATE • Piazzale Clodio 10 • 00195 Roma • fax: +39 06 37353094 • e-mail: info@coii.it**