

Modulo di richiesta accredito Open Day

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte e inviato tramite e-mail **avente ad OGGETTO: Accredito Open Day a** commerciale.expomedicina@gmail.com

Il/la sottoscritto/a _____ Documento Identità n. _____

codice fiscale _____

Indirizzo _____

Città _____ Cap _____ Provincia _____

Telefono/cellulare _____ e-mail _____

Sabato 26 Ottobre

Domenica 27 Ottobre

Orario dalle 15:30 alle 18:00

Orario dalle 09:00 alle 18:00

Indicare un orario di preferenza _____

Indicare un orario di preferenza _____

La segreteria organizzativa, ove possibile, provvederà ad inviare un sms con numero di prenotazione

VISITE PRENOTABILI

Cardiologiche

Chirurgia bariatrica

Chirurgia generale

Screening oncologici

Dermatologiche

Ecografiche

Ginecologiche

Oculistiche

Pediatriche

Senologiche

Vaccinazioni

Prevenzione
sovrappeso e
obesità in età
infantile

Dichiarazione privacy

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del RGPD, acconsento al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati sensibili.

Data _____

Firma per concedere il consenso _____

Per qualsiasi informazione e assistenza contattare segreteria organizzativa al +39 347 675 4533 - +39 095 7226030