

LA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA NEL PAZIENTE ADULTO NEUROLOGICO

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME.....

NOME.....

Nato/a.....il/...../.....

Professione.....

VIA..... N.....

CAP..... **CITTA'**..... **PROV**.....

Tel./Cell..... **Fax**.....

E-mail.....

CODICE FISCALE.....

P. IVA.....

INTESTAZIONE FATTURA

.....

RAGIONE SOCIALE

.....

C.F. / P. IVA

.....

INDIRIZZO

.....

.....

Le iscrizioni accettate, dovranno poi pervenire a **OPA SOL ET SALUS – UFFICIO FORMAZIONE** entro il **5 maggio 2012** inviando l'apposita scheda e copia del bonifico bancario al fax **0541/725229** o **tramite posta elettronica a: i.branca@soletsalus.com**

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/2003:

Il trattamento dei dati personali viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs.196/2003 sulla tutela dei dati personali e le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi.

Data/...../2012

Firma.....