Okness

*Sentirsi OK*

Scheda per registrazione a corso di formazione

**Compilare i campi richiesti, salvare e inviare a info@okness.it**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Professione | Medico  Altro professionista sanitario  Specificare |
| Città (Residenza) |  |
| Specializzazione (1) |  |
| Specializzazione (2) |  |
| Ente/Azienda |  |
| Tipo di Corso |  |
| Data del corso |  |
| Indirizzo per fatturazione |  |
| Codice Fiscale |  |
| Telefono |  |
| Indirizzo email |  |

Trattamento dati personali: inviando questo modulo a [info@okness.it](mailto:info@okness.it) acconsento al trattamento dei miei dati personali a cura della Segreteria Organizzativa, in osservanza al D.leg. 30/06/2003 n. 196 della legge italiana sulla privacy.