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 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.