

# **WORKSHOP**

## **APPLICAZIONI IN OZONO TERAPIA**

**Con il Patrcino dell' Università di Ferrara**  
**ECM ASSEGNATI: 11 CREDITI**



**Sabato 25 Settembre 2021**

***SPINE CENTER***

**Via della Liberazione, 5 – 40128 Bologna**

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare il modulo in STAMPATELLO ed inviarlo a [ozonsegreteria@medica-srl.com](mailto:ozonsegreteria@medica-srl.com)

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ C. FISCALE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA (leggibile) \_\_\_\_\_

- La quota di iscrizione è di **€ 300,00** è dà diritto alla partecipazione al corso, al coffee break, al pranzo, all'attestato di partecipazione nonché ai crediti ECM.

**METODO DI PAGAMENTO**

Bonifico bancario sul c/c intestato a:

"MEDICA SRL"

- IBAN: IT 94 W 05387 02413 000000827420
- La causale di pagamento sul bonifico deve recare la dicitura: Nome, Cognome, Workshop applicazioni in ozonoterapia

*\* Le spese bancarie non saranno a carico dell'organizzazione*

**Questa scheda deve essere interamente compilata e inviata a [ozonsegreteria@medica-srl.com](mailto:ozonsegreteria@medica-srl.com) per completare la registrazione.**

**Copia del bonifico dovrà accompagnare la scheda di registrazione.**

Per informazioni contattare il +39 051.308508

**PRIVACY**

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali per lo svolgimento dei servizi connessi a questa scheda. Informazione e consenso ex artt. 13 e 14 del GDPR – Regolamento UE 2016/679; Medica Srl assicura la riservatezza dei dati personali, utilizzati esclusivamente per proprio archivio personale.

Nel caso in cui la presente autorizzazione venisse negata, non sarà possibile effettuare la registrazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

