

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

IO SOTTOSCRITTO CHIEDO L'ISCRIZIONE A :

MATERIA MEDICA VIVA 1 (2° ANNO)

MATERIA MEDICA VIVA 2 (2° ANNO)

Cognome .....

Nome .....

Via .....

Comune .....

Provincia ..... CAP .....

Tel .....

Fax .....

E-mail .....

Codice fiscale .....

Partita IVA .....

Professione .....

Iscritto all'ordine dei

Medici

Veterinari

Farmacisti

Della provincia di..... al numero.....

### IMPORTANTE:

FOTOCOPIARE LA DOMANDA DI ISCRIZIONE E INVIARLA SOLO DOPO AVER EFFETTUATO IL BONIFICO BANCARIO O IL VERSAMENTO POSTALE.

**INVIARE VIA FAX AL NUMERO 02-64746474 O VIA MAIL AD [asterias@asterias.it](mailto:asterias@asterias.it)  
IN ALTERNATIVA E' POSSIBILE EFFETTUARE LA REGISTRAZIONE VIA INTERNET ([www.centrodiomeopatia.it](http://www.centrodiomeopatia.it))**

La Asterias s.a.s. garantisce la massima riservatezza dei dati da Lei forniti e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione. Le informazioni custodite nel nostro archivio verranno utilizzate al solo scopo di inviarLe proposte commerciali. In conformità al DLGS 196/2003 dei dati personali e al codice di autodisciplina a tutela del consumatore.

Data

Firma