SANI PRO
AMBULATORI

SCHEDA ANAGRAFICA

Codice Fiscale																

Cognome .....

Nome .....

Data e Luogo di nascita .....

Recapito telefonico .....

Indirizzo e-mail .....

Indirizzo Residenza .....

C.A.P. ..... Città ..... Provincia .....

Esprimo il mio consenso relativo al trattamento dei dati personali, secondo il Regolamento UE 679/2016 (legge sulla privacy) relativamente agli adempimenti burocratici e a future informazioni di carattere organizzativo di SANIPRO.

Data..... Firma.....