

## OMEOPATIA In PRATICA – MODULO DI ADESIONE

COGNOME	
NOME	
CODICE FISCALE	
PARTITA IVA	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	
CITTA'	
C.A.P.	
E-MAIL	
TELEFONO	
MOBILE	
LAUREA IN	
ANNO	
ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE PROV.	
NUMERO ISCRIZIONE ALL'ORDINE	
RAGIONE SOCIALE FARMACIA	
INDIRIZZO	
CITTA'	
TELEFONO	
PARTITA IVA	
DATI PER FATTURAZIONE (SE DIVERSI DA QUELLI SOPRA INDICATI)	
RAGIONE SOCIALE	
INDIRIZZO	
CITTA'	
C.A.P.	
PROVINCIA	

ALLEGRO RICEVUTA BONIFICO BANCARIO DI 50 EURO IVA INCLUSA

FATTURARE A ME MEDESIMO

FATTURARE DATI FARMACIA

AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DLGS 30 GIUGNO 2003 N.196

DATA

FIRMA

Da inviare alla segreteria organizzativa: Centro Omeopatico Italiano Ippocrate – Piazzale Clodio 10 – 00195 – ROMA **fax:** +39 063353094 **e-mail:** info@coii.it – **web:** www.omeopatiaclinica.it