Modulo d'iscrizione

Inviare via e-mail a info@lidhria.org

Confermo la mia partecipazione al Congresso Lidhria sulle Terapie di Supporto in Medicina Integrata:

Antichi tesori e nuovi orizzonti in Medicina Integrata

Prevenzione primaria precoce, Alimentazione, Detossinazione, Micoterapia, Fototerapia, Agopuntura

Milano, 7-8 ottobre 2016

KLIMA HOTEL MILANO FIERE - Via Privata Venezia Giulia, 8

parteciperò il 7 e l'8 ottobre ◯ parteciperò solo il 7 ottobre ◯ parteciperò solo l'8 ottobre ◯

Dati Personali

Cognome*_____

Nome*_____

Professione*_____ n° iscriz. all'Albo prof._____

Via*_____

Cap*_____Località*_____

Cellulare*_____

Email*_____

C.F_____

Luogo e data di nascita_____

Da compilare in stampatello ed **inviare a info@lidhria.org**

* dati obbligatori

Autorizzazione al trattamento dei dati (Privacy):

La compilazione di questo modulo ci autorizza ad inviarLe documentazione, programmi e comunicazioni, che riteniamo possa gradire. I dati utilizzati sono conservati in registri cartacei e trattati per via informatica. Il trattamento dei dati di cui garantiamo la massima riservatezza è svolto nel rispetto del D.lsg 196/03 testo unico sulla privacy. I suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e Lei ne potrà richiedere , in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione .

RingraziandoLa per la cortese collaborazione, cogliamo l'occasione per porgere i nostri più cordiali saluti.

il Team di Lidhria

Acconsento ◯ Non acconsento ◯

Data…… Firma leggibile…….