

**12TH INTERNATIONAL
ADULT CONGENITAL
HEART DISEASE
SYMPOSIUM**

Naples
**OCTOBER 5,
2023**

SESSION DEDICATED TO THE DOCTORS



Nome _____

Cognome _____

Cod. Fiscale/P.iva _____
(necessari per la fattura)

Professione _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Cell. _____ E-mail _____

Desidero iscrivermi al congresso

Carta di credito

Bonifico bancario

Acquisizione del consenso dell'interessato - ai sensi del Regolamento UE n.679/2016 (art. 6, comma 1, lett. a)

Il/la sottoscritto/a _____
acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n.679/2016 dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche sensibili.

data _____ firma _____