Echo Valve Surgery

IX Congresso Nazionale

Napoli 4/5 MARZO 2027

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 *(richiedere link)*

☐ Bonifico bancario *(allegare copia di avvenuto pagamento)*

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

Da compilare ed inviare a: **DEFLA organizzazione eventi**

fax 081 19020797 - congressi@defla.it