



CTG
COMPRESSION THERAPY
STUDY GROUP

**CTG COMPRESSION THERAPY
STUDY GROUP**

SCHEDA DI ISCRIZIONE

ANNO _____

LE MIE GENERALITA'

NOME COGNOME

VIA..... N°.....

CITTA' PROV. CAP

TEL. FAX

E-MAILCELL

I MIEI DATI PROFESSIONALI

Qualifica Professionale.....

Titolo di Studio.....

C.F./P.IVA:

Specializzazione

ISTITUTO DI APPARTENENZA.....

VIA.....N°.....

CITTA' PROV. CAP

**Con la compilazione del presente modulo richiedo l'iscrizione al
CTG COMPRESSION THERAPY STUDY GROUP per l'anno in corso.**

Data Firma leggibile.....

Tutela della Privacy: I dati che La riguardano verranno trattati nel rispetto di quanto stabilito dal Codice della Privacy e verranno utilizzati da CTG COMPRESSION THERAPY STUDY GROUP soltanto per aggiornarLa sulle manifestazioni/iniziative scientifiche di Suo interesse e non verranno per nessun motivo diffusi a terzi. Lei potrà in qualsiasi momento comunicare a CTG COMPRESSION THERAPY STUDY GROUP la modifica o la cancellazione come dettagliato sull'informativa della Privacy presente sul sito www.terapiacompressiva.org

Data Firma leggibile.....

Riservato alla segreteria

**Sede: Via Kyoto, 51
50126 Firenze
C.F.: 91013790521**