

MODULO DI **ISCRIZIONE** da inviare al Sig. **Matteo Laganà** alla mail **mlagana@lambdaspa.com**

STUDY CLUB - Appuntamenti formativi live sull'odontoiatria laser minimamente invasiva

Nome: _____

Cognome: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____

Email: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Cod. Fiscale / P. IVA _____

sono Medico Odontoiatra: _____ Igienista Dentale: _____

possiedo già un laser: Sì NO modello: diodi _____ erbio _____ altro _____

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs 196/03 e dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679. I dati saranno trattati da questa Società nel pieno rispetto e secondo le finalità per l'espletamento degli obblighi di legge, per statistiche, invio materiale informativo e comunicazioni.

DATA _____ **FIRMA** _____

STUDY CLUB

11.04 | 06.06

DUEMILA19

**Ospedale Policlinico
San Martino**
Padiglione C4
San Martino d'Albaro
L.go Rosanna Benzi, 10
16132 | Genova (GE)



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI GENOVA**

**DOCTOR
SMILE**
INNOVATION HAS A NAME