



**Dott. Ioannis Konstantos**

## Iscrizione al Corso

### Corso Omeopatia Classica

I campi con il simbolo (\*) sono obbligatori.

**Dott./Dott.ssa**

*Professione	<input type="text"/>
*Nome	<input type="text"/>
*Cognome	<input type="text"/>
*Codice Fiscale	<input type="text"/>
P.IVA	<input type="text"/>

*Indirizzo	<input type="text"/>
*CAP	<input type="text"/>
*Città	<input type="text"/>
*Provincia	<input type="text"/>
*Telefono	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
*E-mail	<input type="text"/>

Studio Medico	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>

Farmacia	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>

Corso	<input type="text"/>
-------	----------------------

Richiesta	<input type="text"/>
-----------	----------------------

**Acconsento**

che i miei dati personali vengano utilizzati esclusivamente per la richiesta di informazioni attraverso il presente sito internet (ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003).

**Data e Luogo**

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_