

# ***SCHEDA DI ISCRIZIONE***

## ***Compilazione dati anagrafici***

COGNOME: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

**DATI AZIENDALI:**

RAGIONE SOCIALE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ CITTÁ: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

CELL. (obbligatorio): \_\_\_\_\_

E-MAIL (obbligatorio): \_\_\_\_\_

**DATI DI FATTURAZIONE:**

RAGIONE SOCIALE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ CITTÁ: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

P. IVA/C.F.: \_\_\_\_\_

PEC/E-MAIL.: \_\_\_\_\_

CODICE SDI: \_\_\_\_\_

Desidero effettuare la seguente iscrizione *(si prega di indicare con una "x" la propria scelta):*

Modulo RADIOGRAFIA completo (RT)

Radiografia FILM                       Radiografia DIGITALE

*INFORMATIVA PRIVACY – Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Con la sottoscrizione della presente scheda di iscrizione si dichiara di aver preso visione e di aver accettato l'informativa privacy presente sul sito [www.aipnd.it](http://www.aipnd.it). La scheda firmata conferisce quindi ad AIPnD e a CICPND l'autorizzazione al trattamento dei dati personali in essa contenuti (ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (si segnala che durante l'evento in questione verranno scattate fotografie che AIPnD si riserva di poter pubblicare per usi editoriali e divulgativi).*

*Il sottoscritto si impegna a rispettare integralmente quanto riportato nel REGOLAMENTO di pagina 4*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_