



REGISTRAZIONE

Da inviare al FAX n. 010/3198476

Io sottoscritto chiedo la registrazione alla SCUOLA di OMEOPATIA CLASSICA. Ho letto i termini di partecipazione e li accetto.

COGNOME _____

NOME _____

PROFESSIONE _____

VIA _____

C.A.P./CITTA _____

TEL. _____

FAX _____

EMAIL _____

P.IVA _____

DATA _____

FIRMA _____

IMPORTANTE

Alla ricezione del presente coupon la segreteria si impegna a contattarla per l'invio della documentazione necessaria per completare l'iscrizione alla Scuola e per fornire eventuali ed ulteriori informazioni.

La Scuola di Omeopatia Classica garantisce la massima riservatezza dei dati da Lei forniti e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica e la cancellazione. Le informazioni custodite nel nostro archivio verranno utilizzate al solo scopo di inviarle proposte commerciali. In conformità alla Legge 657/96 sulla tutela dei dati personali e al codice di autodisciplina a tutela del consumatore