

# Echo Valve Surgery

VIII Congresso Nazionale

12-13  
GIUGNO  
2025

NAPOLI

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale/P.iva \_\_\_\_\_

*(necessari per la fattura)*

Professione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Desidero iscrivermi al congresso

Carta di credito *(richiedere link)*

Bonifico bancario *(allegare copia di avvenuto pagamento)*

Acquisizione del consenso dell'interessato - ai sensi del Regolamento UE n.679/2016 (art. 6, comma 1, lett. a)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n.679/2016 dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche sensibili.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Da compilare ed inviare a: DEFLA organizzazione eventi - fax 081 19020797 - congressi@defla.it