

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 _____

acquisisce 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