DOMANDA DI ACCESSO ALLA VIDEOTECA DI CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

Spett.le
Azienda ULSS n. 8
ASOLO

I Sottoscritto / a .....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente in Via / Piazza ..... N° .....

Località ..... Comune .....

C.A.P. ..... Prov. .....

Tel ..... / ..... Tel. Cellulare ..... / .....

Indirizzo Mail .....

Professione .....

CHIEDE

di accedere alla videoteca di chirurgia laparoscopica per un periodo iniziale rinnovabile di un mese alla tariffa di €uro 50,00.

Autorizzazione al Trattamento dei Dati Personali ai Sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____