

SCHEDA DATI PROFESSIONALI

PER I QUALI SI AUTORIZZA LA DIVULGAZIONE

INDIRIZZO AMBULATORIO

Via n°.....

CAP Città PV:

Tel:/.....

Attività professionale nelle seguenti specializzazioni convenzionali:

.....
.....

M.N.C. praticate:

.....
.....

Autorizzo la SIOMI, Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata al trattamento dei dati professionali e del mio indirizzo professionale ai sensi della legge 675/96 nonché la loro pubblicazione e divulgazione

SI NO

Data..... Firma.....