

terapia da effettuare;
5) Copia IBAN.

Luogo e data _____

(firma leggibile)

Il/La sottoscritto/a, in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D. Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Luogo e data _____

(firma leggibile)
