

Modulo richiesta informazioni

Cognome e Nome _____

Iscritto All'ordine Dei Medici di _____

Codice Fiscale: _____

Con Studio In _____

Tel _____ Cell. _____ e-mail _____

Informazioni sul seguente argomento:

- Strutture Sanitarie (Riscossione accentrata dei compensi)
- Autorizzazione apertura ambulatori
- Consulenza assicurativa
- Mediazione
- Consulenza sul lavoro e gestione paghe e contributi
- Previdenza Medica (Enpam, Inpdap)
- Gestione Immobili
- Ricorsi IRAP
- Altro (specificare)

Breve descrizione della richiesta

Informativa ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30.06.2003

Vi informiamo che i dati trasmessi allo Studio Lo Bello saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza, nel rispetto della normativa vigente e a tutela della riservatezza. I dati vengono trattati in forma scritta, su supporti magnetici, elettronici e telematici. I dati verranno trattati per tutta la durata delle attività e successivamente archiviati. Il titolare del trattamento dei dati è il Dott. Carmelo Lo Bello con studio in Padova Via Castelmorrone 62. Con la presente dichiaro di aver ricevuto l'informativa ed esprimo il consenso al trattamento dei dati personali nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data il, ___/___/_____

Firma