

FAC SIMILE RICHIESTA DI CONSULENZA

Cognome e Nome _____

Iscritto All'ordine Dei Medici di _____

Codice Fiscale: _____

Con Studio In _____

Tel _____ Cell. _____ e-mail _____

Presenta richiesta di consulenza per la seguente tipologia:

- Fiscale e Contabile
- Mediazione
- Consulenza sul lavoro e gestione paghe e contributi
- Previdenza Medica (Enpam, Inpdap)
- Gestione Immobili
- Eventi ECM (Educazione Continua in Medicina)
- Altro (specificare)

Barrare le caselle che definiscono la vostra attività

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

Si allega il documento di riconoscimento