|  |  |
| --- | --- |
| NOME |  |
| COGNOME |  |
| EMAIL (leggere nota in basso) |  |
| TELEFONO |  |
| CELLULARE |  |
| FAX |  |
| PROFESSIONE SANITARIA | SI NO |
| TIPO PROFESSIONE |  |
| DISCIPLINA (compilare solo se prof. Sanitaria) |  |
| INDIRIZZO |  |
| CITTA’ |  |
| CAP |  |
| PROVINCIA |  |
| CODICE FISCALE |  |
| DATA DI NASCITA |  |
| LUOGO DI NASCITA |  |
| DIPENDENTE/LIB.PROF | DIPENDENTE LIB. PROF. DISOCCUPATO CONV. |
| DATORE DI LAVORO | (nel caso di dipendente indicare l’eventuale azienda presso cui si lavora ) |
| DATI PER LA FATTURAZIONE nel caso di professionista o studio professionale o società | Ragione sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  P.iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  cod.univoco\_\_\_\_\_\_\_\_\_  sede legale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |