



Allineare Sanità & Salute
Fondazione

Modulo di abbonamento REGALO

(da stampare e compilare)

Dati personali

Cognome

Nome

Indirizzo

Cap

Città

Provincia

Regione

Nazione

Telefono

Cellulare

E-mail

Codice fiscale / P. iva (necessario ai fini fiscali)

Beneficiario del REGALO

Cognome

Nome

Indirizzo

Cap

Città

Provincia

Regione

Nazione

Telefono

Cellulare

E-mail

Codice fiscale / P. iva (necessario ai fini fiscali)

Abbonamento individuale online a

Gli abbonamenti hanno decorrenza annuale da **gennaio** a **dicembre**

- 10,00 € Pillole di educazione sanitaria per cittadini consumatori
Abbonamento annuale (10 numeri)
- 15,00 € Pillole di educazione sanitaria per cittadini consumatori
Abbonamento annuale (10 numeri) + Archivi
- 10,00 € Pillole di buona pratica clinica
Abbonamento annuale (10 numeri)
- 15,00 € Pillole di buona pratica clinica
Abbonamento annuale (10 numeri) + Archivi
- 18,00 € Pillole di educazione sanitaria per cittadini consumatori + Pillole di buona pratica clinica
Abbonamento annuale (10 + 10 numeri)
- 25,00 € Pillole di educazione sanitaria per cittadini consumatori + Pillole di buona pratica clinica
Abbonamento annuale (10 + 10 numeri) + Archivi

Modalità di pagamento

L'abbonamento verrà attivato al ricevimento del pagamento

- Ho versato l'importo di € tramite **bonifico bancario**
su c/c bancario intestato a *Centro Studi Allineare Sanità e Salute*
Finecobank IBAN IT14A0301503200000003475334 ABI 03015 CAB 03200 CIN A

(Compilare il presente modulo in tutte le sue parti e spedirlo tramite e-mail
a **info@fondazioneallinearesanitaesalute.org** oppure tramite fax allo **02/780947**
unitamente alla copia del bonifico)

- Allego **assegno** non trasferibile intestato a Centro Studi Allineare Sanità e Salute
importo

(Compilare il presente modulo in tutte le sue parti e spedirlo in busta chiusa, unitamente all'assegno a
Fondazione Allineare Sanità e Salute c/o Studio Tracanella, Via C.G. Merlo 3 – 20122 Milano MI

Dati per la fatturazione

Cognome o Azienda

Nome

Indirizzo

Cap

Città

Provincia

Regione

Nazione

Telefono

Cellulare

E-mail

Codice fiscale / P. iva (necessario ai fini fiscali)

Privacy / Garanzia di riservatezza

Autorizzo la *Fondazione Allineare Sanità e Salute* al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Data

Firma
