

**OSSERVATORIO SUI CONSUMI IN SANITÀ  
OCPS**

\* i campi contassegnati da asterisco sono obbligatori

**DATI DEL PRIMO PARTECIPANTE\***

Cognome e Nome

Data e luogo di nascita (Città-Stato)

Nazionalità

Titolo di studio

email

Codice Fiscale (obbligatorio solo per i residenti in Italia)

Posizione ricoperta

**DATI DEL SECONDO PARTECIPANTE**

Cognome e Nome

Data e luogo di nascita (Città-Stato)

Nazionalità

Titolo di studio

email

Codice Fiscale (obbligatorio solo per i residenti in Italia)

Posizione ricoperta

**DATI DEL TERZO PARTECIPANTE**

Cognome e Nome

Data e luogo di nascita (Città-Stato)

Nazionalità

Titolo di studio

email

Codice Fiscale (obbligatorio solo per i residenti in Italia)

Posizione ricoperta

**Persona da contattare per conferma iscrizione/comunicazioni varie**

Cognome e Nome

Telefono

Fax

email

**DATI SEDE LEGALE AZIENDA\***

**(intestazione fattura)**

Ragione Sociale o Cognome e Nome

Via/Piazza

n.

CAP

Città

Prov.

Nazione

Telefono

Fax

Partita IVA

Codice Fiscale (indicare anche se uguale a Partita IVA)

Codice per la fatturazione elettronica

Ordine d'acquisto

**LA FATTURA DOVRÀ ESSERE INVIATA A:**

Sede legale

Ufficio/servizio

Altro indirizzo alla cortese attenzione di

**DATI SEDE OPERATIVA AZIENDA**

**(compilare solo se diversa dalla sede legale)**

Ragione Sociale

Via/Piazza

n.

CAP

Città

Prov.

**DATI REFERENTE AZIENDALE PROPOSTO PER STEERING COMMITTEE \***

Cognome e Nome

Data e luogo di nascita (Città-Stato)

Nazionalità Titolo di studio

email

Posizione ricoperta

