

**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

