

Modulo da compilare e inviare via FAX allo 045 80 11 693

dialogo
sui farmaci

DATI PER LA SPEDIZIONE DELL' ABBONAMENTO

Nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo: _____ Città (CAP): _____

mail: _____

Tel _____ Fax _____

DATI NECESSARI SOLO PER L'ACQUISTO DEI SERVIZI ONLINE

mail: _____

P.IVA _____ CF _____

Dati anagrafici per intestare la fattura se diversi dai precedenti:

Nome _____ Cognome _____

Via: _____ Città (CAP) _____

allego ricevuta di versamento

in caso di trasmissione difettosa, chiamare

SCEGLI I PRODOTTI CHE HAI ACQUISTATO PER L'ANNO

Rivista *ONLINE* €

Rivista + Prontuario commentato €

Rivista €

Prontuario Commentato €

pagamento effettuato tramite c/c postale

pagamento effettuato tramite carta di credito

Utilizzeremo, anche tramite collaboratori esterni, i dati che la riguardano esclusivamente per le finalità contrattuali, amministrative e contabili, anche quando comunichiamo a terzi. L' informativa dettagliata è disponibile sul nostro sito internet www.dialogosuifarmaci.it



CF e PIVA 03106860236

Sede Legale: Via Valverde 42

Redazione: Via Salvo D'Acquisto 7

37122 Verona (Italy)

t (+39) 045-8076082

f (+39) 045 80 11 693

www.dialogosuifarmaci.it