

All'Ordine dei Medici Chirurghi
degli Odontoiatri di Milano
info@omceomi.it
Fax n. 02.86.91.52.56

OGGETTO: Richiesta elenchi iscritti

Il/La sottoscritto/ a Dr. _____
in nome e per conto di (indicare la denominazione dell'Associazione, della Scuola o
altro) _____
chiede il seguente elenco di iscritti all'Ordine:

.....
.....
.....

da inviare al seguente indirizzo di posta elettronica: _____

Il/La sottoscritto/a dichiara che tale elenco sarà utilizzato per le seguenti finalità:

.....
.....
.....

Il/La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, si dichiara consapevole che i dati forniti saranno esclusivamente quelli pubblici, desunti dall'Albo professionale e si impegna ad utilizzarli per la sola finalità dichiarata, escludendo ogni uso diverso (per finalità commerciali, promozionali, pubblicitarie, ecc.) e ogni cessione a terzi. Infine il/la sottoscritto/a si impegna a non utilizzare tali dati per oltre trenta giorni dalla data di conseguimento dello scopo per cui sono stati richiesti

Milano, _____

Timbro e Firma _____

Vista la richiesta di cui sopra,

- SI AUTORIZZA
 NON SI AUTORIZZA

Milano, _____

Il Presidente Dell'Ordine

.....