

Data _____



**MACRO
FISIOTERAPIA**

N° _____

Compila i campi e porta con te il documento firmato alla prima visita.

Salve! Dedicaci alcuni minuti per aiutarci a conoscerti meglio. Iniziamo.

NOME E COGNOME.....

DATA DI NASCITA.....

CODICE FISCALE.....

TELEFONO.....

EMAIL.....

OCCUPAZIONE.....

COME HAI SAPUTO DI NOI ?

GOOGLE

LETTERA

GIORNALI

AMICI

LIBRI

FACEBOOK

Dichiaro di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dello studio Macrofisioterapia, ai sensi dell'art.13 D.lgs. 196/2003 ,dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 e in relazione all'informativa fornita. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dello studio, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge.

Grazie della gentilezza.

Firma