



# AVVISO

<b><u>STRUTTURA SANITARIA PRIVATA</u></b>	<b><u>MEDICO</u></b>	<b><u>ODONTOIATRA</u></b>
Denominazione .....	Cognome e Nome	Cognome e Nome
.....	.....	.....
Recapito .....	Recapito	Recapito
.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> <b><u>CERCA</u></b>		<input type="checkbox"/> <b><u>OFFRE</u></b>
<input type="checkbox"/> COLLABORAZIONE MEDICO / ODONTOIATRICA		
<input type="checkbox"/> AMBULATORIO (Mq..... – Zona.....)		
<input type="checkbox"/> ATTREZZATURA MEDICA (Tipo .....		
Data affissione:		
Dichiaro di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003		
Il Richiedente (firma) .....		
I dati verranno trattati in formato elettronico e pubblicati nella bacheca elettronica dell'Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Reggio Emilia		
Il Richiedente (firma) .....		