

DATI CLIENTE

Nome e Cognome _____
Codice Fiscale _____
Ente/Istituzione _____
Professione _____
Via _____ N° _____
Città _____ Provincia _____ CAP _____
Tel/Cell _____
Fax _____
Email _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione sociale _____
Partita IVA _____
Rif. amministrativo _____
(Nome) _____
Sede legale _____
Via _____ N° _____
Città _____ Provincia _____ CAP _____
Tel/Cell _____
Fax _____
Email _____

METODI DI PAGAMENTO

allego copia del **bonifico su cc bancario** intestato a **Publishday Srl** presso Banco di Sardegna, Cagliari
IBAN IT29K0101504801000070473223

Per pagamento con **carta di credito** vedi www.medicinadelledipendenze.it

DATA ___/___/_____

FIRMA _____

PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) la informiamo che il trattamento dei suoi dati personali, compreso l'indirizzo di posta elettronica, finalizzato alla gestione della nostra attività editoriale, avverrà presso Publishday Srl, Via Sauro 10, 09123 Cagliari, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità; i dati potranno essere comunicati ad altre società per le stesse finalità. Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice e in particolare il diritto di accedere ai propri dati, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, inviando un messaggio al seguente indirizzo email info@publishday.it o a quello postale sopra indicato.

DATA ___/___/_____

FIRMA _____