

ALPIDOC SOTTOSCRIZIONE/RINNOVO ABBONAMENTO

Il/La sottoscritto/a

Nome Cognome
Codice Fiscale
Residente in
Via e numero civico
CAP..... Provincia.....
Indirizzo email

Con la presente esprime l'intenzione di sottoscrivere/rinnovare l'abbonamento alla rivista Alpidoc.

Data..... Firma.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a,
ricevuta, letta e compresa l'informativa di cui all'art. 13 Reg 679/16 EU e preso atto dei diritti dell'interessato,

esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali allo scopo esclusivo di ricevere la rivista suddetta ed eventuali comunicazioni relative al proprio abbonamento.

Data.....

Nome..... Cognome.....

Firma.....