

AUTORIZZAZIONE INVIO POSTA E/O POSTA ELETTRONICA

Io sottoscritto..... di professione.....
autorizzo il Dr. Fabrizio Duranti e/o le persone da Lui incaricate, ad inviarmi informazioni ed
aggiornamenti in forma automatica o personalizzata al seguente
indirizzo di posta:
indirizzi alternativi:
.....
e/o al seguente indirizzo di posta elettronica:.....
e-mail alternative:.....
.....
.....

**La cessazione di tali modalità di comunicazione sarà a mia semplice richiesta
all'indirizzo di posta:**

Studio Medico Dr.Fabrizio Duranti, Via Magno Magnini n° 18 06127 Perugia

e/o all'indirizzo di posta elettronica:

studiomedico.duranti@virgilio.it

e/o duranti.fabrizio@tin.it

Città.....Data.....

Firma.....