

CIRCULAR MEDICAL EXPO

FIERA DI PADOVA 1 – 2 DICEMBRE 2026

SCHEDA DI INTERESSE

Da restituire entro il 28 agosto 2026
Mail: segreteriacategorie@confartigianato.veneto.it

Il sottoscritto titolare/legale
rappresentante della ditta
..... P. IVA C.
F.
SDI..... via CAP
Comune
tel e-mail: sito web
.....
Attività esercitata dall'impresa: codice Ateco
.....
L'azienda è socia di Confartigianato SI ☐ NO ☐ L'azienda versa EBAV ☐ SI ☐ NO
Se sì, associazione di appartenenza:

ESPRIME L'INTERESSE

all'iniziativa "Circular Medical Expo" che si terrà a Padova dall' 1 al 2 dicembre 2026

INDICA come soggetto delegato per tutte le comunicazioni relative all'iniziativa il/la Sig./Sig.ra:

nome e cognome ruolo aziendale
.....

contatto e-mail cellulare
.....

COSTO DI PARTECIPAZIONE AREA CONFARTIGIANATO (OPEN SPACE):

o € 1.400 (+IVA)

Dichiara inoltre di esprimere con la firma della presente domanda di partecipazione, il consenso, come previsto dal regolamento (UE) 2016/679, al trattamento dei dati per le finalità relative alla suddetta iniziativa.

Data

Timbro

Firma

.....

.....