

PARTECIPANTE AL CONCORSO:

Un navigatore per la via di uscita dal fumo

Cognome e nome: _____

Data di nascita: Sesso M F

Informatore Scientifico del Farmaco SI NO

Casa farmaceutica _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____/_____

Sigarette (o sigari o pipa) fumate al giorno:

Fumo da: anni

Precedenti tentativi di smettere: nessuno 1-2 3 o +

Mi impegno a partecipare osservando le regole del concorso.
(vedi regolamento del concorso)

Firma del concorrente _____

Compilare e consegnare a:

Ambulatorio Antifumo

Poliambulatorio "Giovanni Paolo II"

Via San Pio – San Giovanni Rotondo

Tel 0882-41.68.88

Responsabile del trattamento dei dati personali è l'Ambulatorio Antifumo. Al richiedente competono di diritti previsti dall'articolo 13 della legge n. 675/96, e quindi potrà accedere ai suoi dati chiedendone la correzione, l'integrazione e – ricorrendone gli estremi di legge - la cancellazione o il blocco.