

## REGISTRAZIONE NUOVO CLIENTE E INFORMATIVA PRIVACY

---

### Ragione Sociale Studio di riferimento:

#### Dati Cliente

Nome e Cognome:

P.Iva:

Iscrizione Albo n°:

Iscrizione Ministero San:

#### Indirizzo e dati di fatturazione

P.Iva:

Codice Univoco Fatturazione:

Via/Piazza:

Numero Civico:

Città:

Provincia:

Cap:

Codice Univoco:

#### Indirizzo di spedizione (compilare solo se diverso dall'indirizzo di fatturazione)

Via/Piazza:

Numero Civico:

Città:

Provincia:

Cap:

#### Recapiti:

Numero di telefono:

Numero di cellulare:

Indirizzo Email:

Indirizzo PEC:

## **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)**

*Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, si informa che i dati personali e sensibili (dati relativi alla salute, impronte, scansioni e immagini radiografiche) forniti tramite la presente prescrizione saranno trattati dal Laboratorio Odontotecnico NeoSmile di J. Alfredo R. Fleites, in qualità di Titolare del trattamento.*

*Finalità: Il trattamento è finalizzato esclusivamente alla progettazione e realizzazione del dispositivo medico su misura richiesto, nonché alla gestione degli adempimenti amministrativi e di legge correlati al rapporto professionale.*

*Modalità: Il trattamento avverrà con modalità cartacee e/o informatiche, garantendo la sicurezza e la riservatezza necessarie per la protezione dei dati clinici.*

*Base Giuridica: Il trattamento si fonda sull'adempimento di obblighi contrattuali (realizzazione del dispositivo su misura) e sul consenso esplicito dell'interessato per il trattamento dei dati relativi alla salute. Conservazione: I dati saranno conservati per il periodo prescritto dalla normativa vigente in materia di dispositivi medici e obblighi fiscali.*

*Diritti: L'interessato può esercitare i propri diritti (accesso, rettifica, cancellazione, ecc.) contattando il Titolare all'indirizzo email: [lab.neosmile@gmail.com](mailto:lab.neosmile@gmail.com).*

### *Consenso al Trattamento*

*Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata e presto il mio consenso esplicito al trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli relativi alla salute, per le finalità di fabbricazione del dispositivo medico e gestione della pratica.*

*Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_*

Laboratorio di Ortodonzia NeoSmile

P.iva 07495060480

Via Antonio Gramsci, 53

Capraia e Limite 50050, Fi

+39 347 4968517

[lab.neosmile@gmail.com](mailto:lab.neosmile@gmail.com)