

# SCHEDA ISCRIZIONE

INVIARE VIA FAX 02/48715301 O EMAIL [ASSOC-LABIRINTO@LIBERO.IT](mailto:ASSOC-LABIRINTO@LIBERO.IT) CON COPIA BONIFICO DEL PAGAMENTO EFFETTUATO

## 26° CORSO INTENSIVO-PRATICO DI IPNOSI

27-28 ottobre, 17-18 novembre, 15-16 dicembre 2018  
Sabato ore 8,30-13.00/14.00-18.00, Domenica ore 8,30-13.00/14.00-17.00

### DATI OBBLIGATORI DEL PARTECIPANTE

LA MANCANZA TOTALE O PARZIALE DEI DATI NON PERMETTE L'ASSEGNAZIONE DEI CREDITI ECM

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

Iscrizione Ordine professionale (regione/città) \_\_\_\_\_ N° iscrizione \_\_\_\_\_

Barrare casella corrispondente: ☐ Dipendente ☐ Libero Professionista ☐ Convenzionato

Residente in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

### COSTI E TERMINI DI PAGAMENTO

**QUOTA DI ISCRIZIONE:** 950,00€ (iva inclusa)  
**PRIMA RATA:** 475,00€ all'atto dell'iscrizione entro il 19.10.2018  
**SECONDA RATA:** 475,00€ entro il 12.11.2018

#### TERMINI DI PAGAMENTO

Bonifico bancario intestato a ASSOCIAZIONE DEL LABIRINTO SRL  
C/C 19377 Banca Popolare di Milano Ag. 505 (CIN Y - ABI 05584 - CAB 01705)  
IBAN IT11 Y 05584 01705 000000019377

### DATI RIFERIMENTO E/O FATTURAZIONE

Ragione Sociale/Cognome Nome \_\_\_\_\_

Partita. I.V.A. \_\_\_\_\_ Codice. Fiscale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IN CASO DI RINUNCIA SCRITTA ENTRO LA DATA DI INIZIO DEL CORSO SARÀ RIMBORSATA LA QUOTA D'ISCRIZIONE CON UNA TRATTENUTA DI 50 € PER SPESE GESTIONALI. **NON SARA' POSSIBILE ALCUN RIMBORSO PER RINUNCE PERVENUTE DOPO L'INIZIO DEL CORSO**