

SCHEDA ISCRIZIONE

INVIARE VIA FAX 02/48715301 O EMAIL ASSOC-LABIRINTO@LIBERO.IT CON COPIA BONIFICO DEL PAGAMENTO EFFETTUATO

CORSO DI IPNOSI CLINICA

24-25 febbraio, 24-25 marzo, 21-22 aprile, 19-20 maggio 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: 1.250,00€ (iva inclusa)
PRIMA RATA: 450,00€ all'atto dell'iscrizione entro il 16.02.2017
SECONDA RATA: 400,00€ entro il 16.03.2017
TERZA RATA: 400,00€ entro il 13.04.2017

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**

SCHEDA ISCRIZIONE

INVIARE VIA FAX 02/48715301 O EMAIL ASSOC-LABIRINTO@LIBERO.IT CON COPIA BONIFICO DEL PAGAMENTO EFFETTUATO

CORSO DI IPNOSI CLINICA

24-25 febbraio, 24-25 marzo, 21-22 aprile, 19-20 maggio 2018

Sabato ore 8.30-13.00/14.00-18.00 Domenica ore 8.30-13.00/14.00-17.00

DICHIARAZIONE DEL PARTECIPANTE

ATTESTO DI AVERE LA SEGUENTE FORMAZIONE DI BASE

Dichiaro di essere (BARRARE LA VOCE CORRISPONDENTE)

MEDICO

PSICOLOGO

PSICOTERAPEUTA (medico/psicologo/altro)

In fede

Firma _____

Data _____