

MODULO DI ISCRIZIONE

CORSO _____
LUOGO E DATE _____

Partecipante

COGNOME E NOME _____

QUALIFICA PROFESSIONALE _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

C.F. _____ P.I. _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____

TEL. _____ FAX _____

CELL. _____ e-mail _____

ALTRI RECAPITI TELEFONICI:

• STUDIO TEL. _____ FAX _____

• OSPEDALE TEL. _____ FAX _____

e-mail _____

L'inserimento dell'indirizzo e-mail è OBBLIGATORIO, per l'invio del materiale didattico e di eventuali comunicazioni urgenti.

Dati per la fatturazione se diversi da quelli del partecipante

INTESTAZIONE FATTURA _____

C.F. _____ P.I. _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____

Modalita' di pagamento

- BONIFICO BANCARIO (allegare fotocopia) nel CC 91994 ABI 8826-0, CAB 13302-5 presso la Banca di Pesaro, Credito cooperativo, filiale di cattabriche, intestato a Centro di riabilitazione Flaminio srl.**
- IL PRESENTE MODULO DEVE PERVENIRE PER POSTA A:
Centro di Riabilitazione Flaminio srl – Via Baldi 111/1 – 61100 Pesaro**

L'iscrizione al corso non è in alcun modo restituibile, salvo in caso di annullamento del corso. Il corsista regolarmente iscritto che rinuncia alla partecipazione deve darne comunicazione scritta che deve pervenire almeno 15 giorni prima dell'inizio del corso, in tal caso la somma verrà restituita, decurtata delle spese di segreteria e postali. E' prevista la possibilità di farsi sostituire da altra persona, che abbia i requisiti per la frequenza del corso.

Per accettazione: data _____ firma _____

Si esprime il consenso per l'utilizzo dei dati personali, per le finalità connesse all'attività del Centro di Riabilitazione Flaminio srl, ai sensi degli articoli 11 e 20 della Legge 675/96 sulla tutela della privacy. La persona fisica o giuridica cui si riferiscono i dati personali, ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 3 della Legge 675/96.

Per accettazione: data _____ firma _____