



MODULO D'ISCRIZIONE

CORSO: TECARTERAPIA DERMATOFUNZIONALE

LUOGO E DATA: TREVISO 18 MAGGIO 2019

dati del partecipante (si prega di scrivere in stampatello):

nome: _____

cognome: _____

qualifica professionale: _____

indirizzo: _____

città: _____ prov: _____

codice fiscale: _____ partita iva: _____

cellulare: _____ mail: _____

indicare cortesemente se:

libero professionista dipendente studente altro _____

acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.23 D.Lgs:196/2003 (il conferimento dei dati è obbligatorio per legge)

L'iscrizione al corso non è in alcun modo restituibile, salvo il caso di annullamento del corso .

quota di iscrizione al corso: € 40,00 IVA compresa

pagamento a mezzo bonifico bancario a favore di: Secondo Tempo srl – Credem Banca: IT97H0303212000010000002593
indicando come causale nome, cognome e data del corso

Il presente modulo va inviato a Secondo Tempo srl, allegando la ricevuta di pagamento via fax al n. 0422.1622236 oppure via mail all'indirizzo info@stmedicali.it

per accettazione: data _____ firma leggibile: _____

SECONDO TEMPO SRL -Galleria dei Borromeo 3 – 35137 PADOVA (PD)

Tel: 393.4455577 – Fax: 0422.1622236

sede operativa: via Postumia 19 – 31100 Treviso

P.I. - C.F. 04862560283