

## Modulo di iscrizione

**CORSO**

**LUOGO E DATA**

**DATI DEL PARTECIPANTE (si prega di scrivere in maiuscolo)**

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.

- 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 whatsapp al 393.4455577 oppure via mail all'indirizzo info@stmedicali.it

**PER ACCETTAZIONE**

Data

Firma leggibile

**INVIA ISCRIZIONE**