

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Medicina integrata: dalla teoria alla clinica *Corso E.C.M.*

Cognome _____ Nome _____ M / F
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Codice Fiscale _____ Nazionalità _____
Indirizzo _____ C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____
Telefono _____ E-mail _____
Professione _____ Titolo di studio _____
Conseguito presso _____

Dati per la fatturazione (se diversi dai dati del partecipante)

Intestazione/Azienda _____
Indirizzo _____ C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____
C. Fiscale _____ P.IVA _____

QUOTA D'ISCRIZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO

La quota d'iscrizione è pari ad Euro 120,00 (con ECM), sono compresi:

- Attestato di partecipazione
- 2 Coffee Break
- 2 light Lunch

Il versamento avverrà tramite **BONIFICO BANCARIO Intestato a Diatrivi S.r.l.:**

IBAN: IT16P0103003218000001502462 **Causale:** Corso 16-17 Ottobre 2017 - Cognome e Nome

1) Perfezionamento dell'iscrizione al corso:

Il modulo compilato va inviato per email a segreteria@diatrivi.it.

L'iscrizione al corso si intende perfezionata al momento del ricevimento via email della "scheda d'iscrizione" al corso debitamente compilata e sottoscritta a cui va obbligatoriamente allegata la copia della distinta del bonifico.

2) Recesso

È possibile rinunciare all'iscrizione con comunicazione via email entro il 31/08/2017.

In tal caso sarà trattenuta la somma di € 50,00 quale penale.

Una notifica successivamente a tale data non dà diritto ad alcun rimborso.

Data _____

Firma per accettazione _____