



Scheda di iscrizione 2017



Segreteria Organizzativa
Residenza Dahu
 Strada Regionle 45, Loc. Faucille 1,
 11022 Brusson (AO)
 Tel.: +39 0125 300 037
 Email: info@residenzadahu.it

SEMINARIO PER CUI SI RICHIEDE L'ISCRIZIONE:

I DISTURBI & DELLA NUTRIZIONE DELL'ALIMENTAZIONE

Crediti ECM: 6

DATI PERSONALI DEL PARTECIPANTE:

Nome e Cognome _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Luogo di nascita _____

Codice fiscale _____

Città di residenza _____

Indirizzo _____ CAP _____

Telefono/cellulare _____ Email _____

TRATTAMENTO DEI DATI D.LGS 196/03:

L'iscrizione al corso prevede l'accettazione del trattamento dei dati in base al d.lgs 196/03. I dati saranno utilizzati solo ed esclusivamente ai fini delle necessità organizzative, amministrative e contabili del corso, mediante trattamento elettronico e/o manuale.

Firma per accettazione

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Bonifico bancario di **euro 70.00 + IVA 22%** (tot. € 85.40) su C.C.: **IT35P020082280000102344683**, intestato a CSM srl, banca: **Unicredit Banca Filiale Busto Arsizio (VA)**, causale: **ISCRIZIONE SEMINARIO 29/09/2017—NOME COGNOME PARTECIPANTE**

SCONTISTICA: è prevista una quota ridotta per i soci e dipendenti di Codess Sociale, per i dipendenti ASL e Regione Valle d'Aosta, per dipendenti Comunali della Valle d'Aosta e i docenti dell'Università di Torino. La quota è pari a euro **56.00 + IVA 22%** (tot. € 68.32).

ALLEGARE AL PRESENTE MODULO COPIA DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO DELLA QUOTA D'ISCRIZIONE

N.B.: La restituzione della quota è prevista solo nel caso in cui non venisse raggiunto il numero minimo di iscrizioni. Non è prevista in nessun caso la restituzione della quota in caso di mancata partecipazione o ritiro dal corso da parte dell'iscritto.

IMPORTANTE

Inviare la presente scheda di iscrizione ADEGUATAMENTE COMPILATA E SOTTOSCRITTA PER ACCETTAZIONE e copia della ricevuta del bonifico al n. di fax **0125/301874** OPPURE all'indirizzo email info@residenzadahu.it. Per informazioni: TEL. **0125/300037**.

DATI PER LA FATTURA:

Intestazione _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____

Data _____ Firma _____

____ / ____ / ____



C.S.M. Srl

