SCHEDA DI ISCRIZIONE

Workshop avanzato di Tocco massaggio Funzionale: Toccare è comunicare

\*Nome…………………………………………….........

\*Cognome………………………………………........

\*Data di nascita……………………………………...

\*Luogo di nascita…………………….................

\*Professione…………………………………...........

\*Indirizzo di fatturazione:

Intestatario ……………………………………………..

via…………………………….……n.......................

CAP……………….Città…………………………………

Provincia……………..

\*Quota versata: □110 € □145 € □ …….. €

\*P.iva………………………………………………………

\*C.F…………………………………………………………

E-mail (cui sarà spedita la fattura e l’attestato ECM) ………………………………………………………………..

Cell (per eventuali comunicazioni urgenti) ……………………………………………...................

Richiedo i crediti ECM: □SI □NO

Sono interessato a ricevere informazioni sulle attività del Centro: □SI □NO

Autorizzo al trattamento dei miei dati, Ai sensi del **D.Lgs. n.196/2003**

Luogo, data ……………….,………………

Firma…………………………………..