

MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al Corso di Formazione in Nutrizione Clinica
Sede di ROMA - a.a. 2013/2014

COGNOME _____

NOME _____

PROFESSIONE _____

SPECIALIZZAZIONE _____

Esercita la professione presso:

Ente pubblico Lab. Analisi, Clinica privata
Poliambulatorio medico Libero professionista Altro

INDIRIZZO:

Via/Viale/Piazza _____

Cap _____ Prov. _____

Città _____

Tel. abitazione _____ Tel. studio _____

Cellulare _____ Fax _____

E.mail _____

Provvederò a versare a A.I.Nu.C. s.r.l.

- 1° acconto: € 600,00 + IVA (21%) = € 726,00 all'atto dell'iscrizione
- 2° acconto: € 500,00 + IVA (21%) = € 605,00 entro il 2° incontro (25/26 Ottobre 2013)
- saldo: € 600,00 + IVA (21%) = € 726,00 entro il 6° incontro (7/8 Febbraio 2014)

Tramite:

- bonifico bancario intestato a A.I.Nu.C. s.r.l. : IBAN IT89 G056 9603 2070 0000 6751 X65
- assegno non trasferibile intestato a A.I.Nu.C. s.r.l. ed inviato a mezzo assicurata o R/R in Via Tacito, 64 – 00193 Roma

ed a trasmettere, entro le date indicate, ricevuta di versamento al numero di fax 06 44265772:

Dati per l'emissione della fattura:

Nome/ragione sociale _____

Indirizzo (completo) _____

Cod. Fisc. _____ P.iva _____

Prendo atto che I dati personali richiesti saranno utilizzati dall' A.I.Nu.C. s.r.l. solo per gli scopi di questo corso ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196 del 30 Giugno 2003.

In fede
