

# MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al corso

## CIBO, ALIMENTAZIONE, BENESSERE E SESSUALITA'. LA MEDICINA INTEGRATA NELLA GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE RELATIVE ALLA SFERA SESSUALE

CHE SI TERRÀ NELLA SEDE DI \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

I corsi verranno attivati con un minimo di 20 partecipanti

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

Esercita la professione presso:

Ente pubblico  Lab. Analisi, Clinica privata

Poliambulatorio medico  Libero professionista  Altro

Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Tel. abitazione \_\_\_\_\_ Tel. Studio \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E.mail \_\_\_\_\_

Provvederò a versare a A.I.Nu.C. s.r.l. entro la settimana precedente di inizio corso

- quota di iscrizione pari a € 100 + IVA (21%) = € 121

### 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 74 – 00193 Roma

ed a trasmettere 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

\_\_\_\_\_