

MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al

**L'ETA' DELLA DONNA:
ALIMENTAZIONE, NUTRIGENETICA E MEDICINA DI GENERE
2° edizione**

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PROFESSIONE _____

SPECIALIZZAZIONE _____

INDIRIZZO:

Via/Viale/Piazza _____

Cap _____ **Città** _____

Prov. _____

Tel. abitazione _____ **Tel. studio** _____

Cellulare _____ **Fax** _____

E.mail _____

Provvederò a versare a A.I.Nu.C. s.r.l. entro il 21 Maggio 2010

- quota di iscrizione pari a €300,00 + IVA

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 _____

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
