

# MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al Corso

## ALIMENTAZIONE AL FEMMINILE

In presenza in aula  in videoconferenza

(si richiede l'invio del modulo di iscrizione entro 10 giorni precedenti la data del corso - I corsi verranno attivati con un minimo di 25 partecipanti)

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

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 Ass. U.P.A.I.Nu.C. a seguito di conferma di attivazione da parte della Segreteria U.P.A.I.Nu.C. che arriverà all'indirizzo di posta elettronica indicato nella presente domanda

- quota di iscrizione pari a € 60 + IVA (22%) = € 73,2

Tramite

- bonifico bancario intestato a **Università Popolare Accademia Internazionale Nutrizione Clinica**  
**IBAN IT57 H 05696 03207 000007676X20**

ed a trasmettere ricevuta di versamento, unitamente al presente modulo, al

numero di fax 0644265772

Dati per l'emissione della fattura:

Nome/ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo completo \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ P.iva \_\_\_\_\_

**N.B. IMPORTANTE SI PREGA COMUNICARE EVENTUALI DISDETTE DI ISCRIZIONE**

Prendo atto che I dati personali richiesti saranno utilizzati dalla Ass. U.P.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

\_\_\_\_\_