

MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al Corso

TERAPIA BIONUTRIZIONALE (TBN) NELL'EQUILIBRIO NEUROPSICHICO E DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

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
