

SCHEDA ISCRIZIONE

INVIARE VIA EMAIL contatti@liberamente.info CON COPIA BONIFICO DEL PAGAMENTO EFFETTUATO



L'IPNOSI NELLA PRATICA CLINICA

(2[^] Livello)

27-28-29 novembre 2015

DATI OBBLIGATORI DEL PARTECIPANTE

LA MANCANZA TOTALE O PARZIALE DEI DATI NON PERMETTE L'ASSEGNAZIONE DEI CREDITI ECM

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ Email _____

Professione _____ Disciplina _____

Iscrizione Ordine professionale (regione/città) _____ N° iscrizione _____

Barrare casella corrispondente: Dipendente Libero Professionista Convenzionato

Residente in via _____ N° _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Tel _____ Fax _____ Cell _____

COSTI E TERMINI DI PAGAMENTO

Bonifico bancario di **euro 280,60 (230,00 euro + Iva)** intestato a LIBERAMENTE SRL BANCA SPARKASSE, Trento : IBAN IT94 D 06045 01801 000005000223

SI RICHIEDE FATTURA INTESTATA A:

Ragione Sociale/Cognome Nome _____

Partita. I.V.A. _____ Codice. Fiscale _____

Via _____ N° _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Autocertifico la veridicità dei dati comunicati

Firma _____

Data _____

IL CORSO VERRÀ ATTIVATO CON UN NUMERO MINIMO DI PARTECIPANTI, IN CASO DI MANCATO RAGGIUNGIMENTO DEL NUMERO VERRÀ INTERAMENTE RESTITUITA LA QUOTA DI ISCRIZIONE

IN CASO DI RINUNCIA SCRITTA ENTRO 8 GIORNI DALLA DATA DI INIZIO DEL CORSO SARÀ RIMBORSATA LA QUOTA D'ISCRIZIONE CON UNA TRATTENUTA DI 50€ PER SPESE GESTIONALI. **NON SARA' POSSIBILE ALCUN RIMBORSO PER RINUNCE PERVENUTE DOPO L'INIZIO DEL CORSO**