

MODULO D'ISCRIZIONE

Il/La Sottoscritto/a

Cognome Nome
Nato/a a il
Codice Fiscale

Residente in

Via / Piazza Numero
CAP Città
Provincia Stato
Telefono (Cell.) Email
Documento Num. Documento Data rilascio
Professione Come ci hai conosciuti?

Dichiaro di avere letto e approvato il regolamento interno della scuola S.I.M.D.O. relativo alle "NORME PER L'ISCRIZIONE E LA FREQUENZA DEI CORSI".

Si iscrive

Al corso di
Dalla data del Alla data del
nelle giornate di

impegnandosi a pagare la somma di

Importo in numeri € Importo in lettere €

scegliendo la seguente formula di pagamento

Importo versato all'iscrizione € e numero rate mensili
Importo rata mensile € da versare il giorno di ogni mese prestabilito

Le dispense saranno fornite in formato PDF

Data

Firma

.....

.....

Con la sottoscrizione del seguente modulo il sottoscritto/a autorizza espressamente S.I.M.D.O. Scuola Italiana di Massaggio & Discipline Olistiche a inviare informazioni a mezzo Fax, posta, e-mail ai sensi e per gli effetti dell' art.10 D.L. 13/5/1998 N° 17 e accetto il regolamento della Scuola. Informativa ex L. 675/96 il trattamento dei suoi dati personali viene svolto per gestione interna e comunicazioni, nel rispetto di quanto stabilito dalla legge sulla privacy; non saranno comunicati a terzi e in qualsiasi momento potrà chiederne la modifica o la cancellazione.

Data

Firma

.....

.....