



“Formazione & Consulenza” di Stefano Viciconte

ORGANIZZAZIONE CORSI ECM

| | | |
|--|--|--|
| TITOLO: “CORSO BOBATH BASE” Secondo Le Norme Internazionali I.B.I.T.A. | | |
| DURATA: 15 Giorni | SEDE DI SVOLGIMENTO: | CREDITI ECM <u>2019 – 2020 – 2021:</u> |
| DATA DI SVOLGIMENTO Da Merc. 25 a Dom.29 Settembre 2019 Da Sab. 26 a Merc. 30 Ottobre 2019 Da Merc. 19 a Dom. 23 Febbraio 2020 | CENTRO “MEDICA.IT” C.DA TERRENOVE, 442 91025 MARSALA (TP) | 50 PER IL CORSO BOBATH 2019 50 PER IL CORSO BOBATH 2020 47 PER IL CORSO GRATUITO 2021 |

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Prima di effettuare il pagamento, è opportuno verificare la disponibilità dei posti, presso la Segreteria Organizzativa.

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ C.F. _____

Indirizzo _____ Città _____

Cap _____ Prov _____ Tel _____

Cell _____ E-mail _____

Indirizzo P.E.C. (Posta Elettronica Certificata) _____

Struttura di appartenenza _____ Qualifica Professionale _____

SPECIFICARE GLI ESTREMI DI INTESTAZIONE DELLA FATTURA ELETTRONICA:

Ragione Sociale _____

Sede _____ Città _____

Cap _____ Cod. Fisc. _____

P. IVA _____ Codice Univoco _____

L'iscrizione si effettua inviando alla Segreteria Organizzativa, per posta elettronica o per fax, la scheda di iscrizione, la copia del titolo di studio, la copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale.

- Bollettino da effettuarsi sul n. c/c postale 61552204 intestato a Stefano Viciconte, Via Luigi Pirandello n° 29 – 91013 Calatafimi Segesta (TP)
- Bonifico Bancario intestato a Stefano Viciconte Ufficio Postale di Calatafimi Segesta (TP)
Coordinate IBAN: IT 09 07601 16400 000061552204

Si informa che, ai sensi del **D.Lgs 196/03** e successive modifiche ed integrazioni, i dati personali verranno raccolti dalla Segreteria Organizzativa solo ed esclusivamente per le presenti finalità di iscrizione all'evento e per le necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha la facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o la cancellazione dei propri dati rivolgendosi alla Segreteria stessa.

Dò il consenso – Luogo, Data _____

Firma _____

SEDE: VIA L. PIRANDELLO, 29 - 91013 CALATAFIMI SEGESTA (TP)

TEL/FAX: 0924 954566 – CELL 329 1167179

E-mail: stefanoviciconte@libero.it

C.C.I.A.A. : Nr. R.E.A. 151508 - P.IVA : 02184130819