



Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il.....

Residente in..... prov. di.....

Via n.....

Tel. Cell. Email.....

Ragione sociale, P.IVA/C.F. (per intestazione fattura)

Osteopata D.O. dall'anno..... Formazione ultimata di anni.....

presso l'Istituto..... sede di.....

CHIEDE

di essere ammesso/a a frequentare il corso di aggiornamento organizzato dall'Istituto europeo per la medicina osteopatica (affiliato al Registro degli osteopati d'Italia - ROI), dal titolo:

avendo preso atto dell'importo dovuto, come indicato nella Scheda di Programma pubblicata, e impegnandosi al versamento nei tempi e nei termini descritti.

Data/e del corso

Sede del corso

Data di iscrizione..... Firma leggibile

Sede di Genova :: Ospedale san Martino - Castello S. Boccanegra - Largo Rosanna Benzi,10 - 16132 Genova

Sede di Cagliari – Selargius :: Via Don Bosco - 09047 Selargius (CA)

Sede di Como - Direzione Istituto :: Via Regina Teodolinda, 17 - 22100 Como

tel./fax +39 (0)31.275027 :: info@univerosteo.it