IEMO
ISTITUTO EUROPEO PER LA MEDICINA OSTEOPATICA

Domanda di iscrizione al corso ECM dell'Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il .....

Residente in ..... Prov. .....

Via ..... n. .....

Tel. ..... Cell. ..... Email .....

Ragione sociale* .....

P. IVA* ..... Cod. Fisc.* .....

In possesso del titolo di studio di .....

CHIEDE

di essere ammesso/a a frequentare il corso ECM organizzato dall'Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica 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.

Si autorizza il trattamento dei dati qui riportati ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016. Questi saranno trattati con la massima riservatezza e utilizzati esclusivamente per elaborazioni amministrative e comunicazioni dell'Istituto al diretto interessato.

☐ (barrare con una X per dare il consenso)

Data del corso ..... Sede del corso .....

Data di iscrizione ..... Firma leggibile .....

* Per intestazione fattura.

Si allega copia del bonifico di iscrizione di € ..... a favore di Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica s.r.l. Banca Popolare di Sondrio - Filiale di Como - Codice IBAN IT 67 S 05696 10901 000021269X00.