IEMO
ISTITUTO EUROPEO PER LA MEDICINA OSTEOPATICA

# Domanda di iscrizione agli eventi di aggiornamento formativo 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.*

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 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 .....

| Data di iscrizione | Firma del Direttore gen. IEMO |
|---|---|
| ..... | |

* Per intestazione fattura.

**Si allega Si allega copia del bonifico di iscrizione 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.**