Residenze
"AD MAIORES"
Trieste

DOLL THERAPY Italia

Ol'boys®
www.olboys.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso di formazione esperenziale

"Residenze Ad Maiores " sig. ra Maria Rosaria Chimenti 040 638200
e-mail: amministrazione@admaiores.com
Ol'Boys: sig. Claudio Favaretto 337 528975 e-mail: info@olboys.it

Titolo Evento: ***"Operatore DOLL THERAPY Primo Livello"***

Data: **04 marzo 2017**

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a _____ il _____/_____/_____

Indirizzo _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Titolo di studio/Qualifica professionale _____

Struttura _____

Fatturare a: ☐ Partecipante ☐ Ente/Ditta (indicare i dati fiscali)

Rag. Soc. _____

Indirizzo _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Part. IVA | | | | | | | | | | | |

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Versamento di € 100,00 Euro Causale: "Operatore DOLL THERAPY Primo Livello"
Banca Montepaschi Spresiano (TV)
Codice IBAN: IT95H 01030 621100000000 23765
C/C intestato a Ol'boys di Favaretto Claudio

Le iscrizioni devono essere inviate tramite e-mail complete di tutti i dati

Sarà possibile pagare anche in contanti alla segreteria dell'evento

Firma del Partecipante _____

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste richiamate all'art. 26 L. 4 gennaio 1968, n° 15 si dichiara che i dati riportati corrispondono allo stato reale della persona, che autorizza espressamente al trattamento dei dati personali all'unico scopo della gestione amministrativa e organizzativa di erogazione dì attività formative così come previsto del D.Lgs. 196/2003.

Firma per accettazione _____