

Scheda di Iscrizione al Corso Postgraduate in **osteopatia fasciale**

(l'invio della scheda d'iscrizione, compilata e firmata, unitamente alla copia del versamento effettuato, conferma l'iscrizione, relativamente ai posti disponibili)

LA FASCIAPRAXIE, UN'OSTEOPATIA TESSUTALE INNOVATIVA

Docente **Yves Laval, Osteopata D.O. Reims**

RISERVATO A osteopati D.O., allievi osteopati dell'ultimo anno di formazione, medici
15 > 17 marzo | 17 > 19 maggio 2019

presso **NEW MASTER – Via Cristoforo Colombo 112, edificio B, scala D, 2° piano - Roma**
Termine ultimo di iscrizione: **28 febbraio 2019**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....
Nato/a a il.....
Residente in Via..... CAP.....
Città..... Provincia.....
Telefono..... Cellulare.....
E-mail.....
Attività professionale.....
.....

DATI AMMINISTRATIVI

Nominativo/Ragione Sociale.....
Indirizzo Fiscale: Via.....
CAP..... Città.....
Codice Fiscale
Partita IVA

Desidero iscrivermi e partecipare all'Evento Formativo: *post FASCIAPRAXIE, UN'OSTEOPATIA TESSUTALE INNOVATIVA* organizzato da META Osteopatia, di cui dichiaro di aver ricevuto corretta e completa informazione

Dichiaro inoltre di essere:

- Osteopata D.O., con diploma conseguito c/o..... anno.....
- Studente in Osteopatia, anno di frequenza..... c/o.....
- Medico o Odontoiatra con laurea conseguita c/o..... anno.....

Autorizzo, ai sensi del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196, la Meta Osteopatia s.r.l.s. al trattamento dei miei dati personali ai fini della partecipazione agli eventi, per comunicazioni sui servizi offerti e per elaborazioni amministrative.

Costo del corso – _____ a:

META OSTEOPATIA s.r.l.s.

Banca Marche Filiale di Roma, Via Topino 4-6-8 00199

IBAN: IT43D031110326800000005856

Causale: Iscrizione Corso "Fasciapraxie, un'osteopatia tessutale innovativa" "post-graduate" "Nome e Cognome" "Acconto"/"Saldo"

Data _____

Firma _____

L'originale della stessa, firmato e datato dovrà essere consegnato alla segreteria il primo giorno di corso.