

MODULO ISCRIZIONE MASTER PERSONAL TRAINER OSTETRICO

Dati Partecipante

nome e cognome
residenza: via, n.c., CAP, Città, Provincia
C.F. - P.IVA
telefono, cellulare, indirizzo email
In caso di iscrizione congiunta con altra persona, indicarne il nome

Dati società per fatturazione

nome
domicilio fiscale: via, n.c., CAP, Città, Provincia
C.F. - P.IVA

Modalità di pagamento

Bonifico Bancario A favore di Omnium SRL c/o Unicredit Banca - Agenzia n. 264 di Giussano MI - C.C. 000040726724 iban IT16E0200833150000040726724 causale: indicare solo il corso + nome e cognome partecipante

Autorizzazioni

Privacy Trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 D. Lgs n.196/2003 Confermo di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni espresse nell'informativa presente all'indirizzo web: Autorizzazione alla pubblicazione ed all'uso della tesi La tesi inoltrata potrà essere liberamente pubblicata da Omnium srl. Il firmatario, attesta l'originalità dello scritto, il rispetto delle norme del copyright citando, qualora necessario, le relative fonti bibliografiche. L'iscritto inoltre, manleva Omnium srl da ogni contenzioso relativo ad abusi delle normative che tutelano le proprietà intellettuali (x tesina).
--

Modifiche del corso

Omnium srl si riserva la facoltà di apportare modifiche al programma, di posticipare la data del corso o il luogo in caso di necessità sopravvenute successivamente all'iscrizione.

Disdetta

In caso di disdetta o di mancata partecipazione al corso, le quote versate non saranno restituite.
--

Luogo, data

Accetto integralmente le condizioni del presente modulo firma

Per accettazione espressa delle clausole:
Autorizzazioni e Modifiche del corso

firma