

Scheda Iscrizione al corso:

Trattamento dei trigger points del rachide lombare e cervicale secondo Francesco Ticchi

DOCENTI: **F. Ticchi**

Sede: **Hotel Sporting (****) Teramo (TE)**

Data: **18-19 dicembre 2010**

1 - Il termine ultimo per ricevere le iscrizioni è fissato il 11.12.2010.

2 - Per ritiri compresi tra il 25 Novembre 2010 ed il 10 Dicembre 2010 verrà trattenuto il 50% della quota corrisposta .

3 - Per ritiri oltre la data del 11 Dicembre 2010, la quota non verrà rimborsata.

4 - A salvaguardia della continuità del servizio, in caso di sopraggiunta impossibilità del docente, se non sarà possibile dar luogo all'evento per indisponibilità di un docente sostituto, si darà luogo al rimborso delle quote.

5 - Per effettuare l'iscrizione occorre compilare la scheda d'iscrizione in ogni sua parte, effettuare versamento a mezzo bonifico bancario intestato a FRANCESCO TICCHI , IBAN IT 52 Y060 1067 7510 7400 0000 097ed inoltrare copia della scheda iscrizione, indicando il CRO del Bonifico (o copia della ricevuta del bonifico) e l'autocertificazione del titolo di studio al fax 0541- 410867 oppure tramite e-mail a ticchifrancesco@libero.it .

6 - Le copie di quanto inoltrato via fax o email saranno richieste al momento della registrazione dei partecipanti, la mattina del corso, unitamente all'esibizione di un documento di identità in corso di validità e libretto universitario per gli studenti.

COMPILARE INTEGRALMENTE in stampatello

Scheda dati anagrafici:

Nome..... Cognome.....

Nato/a..... Il.....

Residente a.....prov. (.....) in.....n..... cap.....

Titolo

Codice Fiscale.....

Intestazione fattura a:.....

Località.....prov. (.....) in..... n..... cap.....

P.Iva.....

tel.....cell..... e-mail.....

CRO del bonifico

Con la presente dichiaro di aver chiesto di partecipare al corso in oggetto ed accetto espressamente le modalità di rimborso in caso di ritiro (art 2 e 3) e la clausola di salvaguardia di cui all'art. 4.

Data..... Firma.....

Legge Privacy.

Con la presente l'utente conferisce autorizzazione al trattamento dei dati personali per tutti i fini previsti dalla presente iscrizione, e per ogni eventuale comunicazione da parte di med34, ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96 e successive modificazioni.

Data..... Firma.....

Costi:

Medici, fisioterapisti (o equipollenti):

entro il 20 novembre 2010 190 € + iva = 228 €

dal 21 novembre 2010 240€ + iva = 288 €

studenti: 120€ + iva = 144 €

La quota non comprende il pranzo.

N.B: Il corso NON prevede Crediti ECM . NUMERO MINIMO PER ATTIVARE IL CORSO 15 (medici e/o fisioterapisti) NUMERO MASSIMO DI ISCRITTI 30

Non verranno accolte iscrizioni all'ultimo minuto presso la sede del corso

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio

(art.47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto.....nato aprov () il.....

residente aprov (.....) in via..... n.....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445 del 2000

DICHIARA

di essere in possesso di un titolo di studio abilitante la professione di.....

di essere attualmente iscritto presso

(certificato esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art 37 del DPR 455 del 2000)

data.....

Firma.....