

## MODULO DI ISCRIZIONE 2019/2020

### “MEDICINA PUNTIDOLOROSI”

Si prega di compilare in stampatello

#### DATI GENERALI

Cognome: ..... Nome: .....

Indirizzo: .....

CAP: ..... Città: ..... Provincia: .....

Data di nascita: ..... Cell ..... Tel.....

Indirizzo mail: .....

Con la firma a fondo pagina, consapevole delle penalità per falsa dichiarazione, **dichiaro di essere laureato** in Medicina e Chirurgia o in Odontoiatria, di essere **abilitato** all'esercizio professionale e di essere personalmente coperto da **assicurazione** contro il rischio professionale.

Eventuali altre mie specializzazioni e diplomi: .....

#### DATI PER INTESTAZIONE DELLA FATTURA

Cognome e Nome/Ente: .....

Indirizzo: .....

Codice Fiscale: .....

P. Iva: ..... Codice destinatario: .....

**SEDE LIVELLI: Hotel Petrarca – Montegrotto Terme (Padova) Tel 049 8911744**

#### DESIDERO ISCRIVERMI A:

O CORSO BASE	25-26 maggio '19
€ 240,00 + iva fino all' 8 aprile 2019 oppure 290,00 + iva successivamente	
O LIVELLO LOMBOSCIATALGIE E PAT. ARTI INF.	27-28-29 settembre '19
€ 520,00 + iva fino al 9 agosto 2019 oppure 560,00 + iva successivamente	
O AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO 2019	19-20 ottobre '19
€ 250,00 + iva	
O LIVELLO PATOLOGIE ORGANO VISCERALI	31 gennaio 1 - 2 febbraio 2020
€ 520,00 + iva fino al 4 ottobre 2019 oppure 560,00 + iva successivamente	
O LIVELLO CEFALEE, CERVICOB. E PAT. ARTI SUP.	27-28-29 marzo '20
€ 520,00 + iva fino al 7 febbraio 2020 oppure 560,00 + iva successivamente	
O LIVELLO PATOLOGIE GRAVI	22-23-24 maggio '20
€ 520,00 + iva fino al 3 aprile 2020 oppure 560,00 + iva successivamente	

O Il Corsista che presenta e induce a venire al corso Base un nuovo Corsista ha diritto allo **sconto di € 50,00** sulla Sua prossima partecipazione ad un Livello Avanzato o all'Aggiornamento Scientifico.

**INFORMAZIONI SUL PARTECIPANTE**

Ha già frequentato Corsi PD del dottor Barbiero?     SI     NO

Se sì, indicare quali: .....

Sono venuto a conoscenza del     Corso Pratico PD     Incontro Annuale tramite: .....

Rivista ..... Internet ..... Amico ..... Altro .....

Do il mio consenso al trattamento dei dati personali, ex D. Lgs. n. 196/2003     SI'     NO

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI AL CORSISTA****MODALITA' DI PAGAMENTO**

**Al momento dell'iscrizione va versato a conferma l'acconto del 50% + iva di quanto sopra indicato, mentre il saldo + iva va effettuato almeno 15-20 gg prima dell'inizio di ciascun evento.**

BONIFICO BANCARIO a favore di: RIFLESSOMEDICA SRL, Centro Commerciale Galleria Roma 19 - int. 10

35020 Albignasego (Padova)

**ATTENZIONE NUOVO IBAN:**

BANCA: INTESA SAN PAOLO    CODICE IBAN: IT18 S030 6962 3441 0000 0003 492

CAUSALE: Acconto Iscrizione     LIVELLO (specificare quale) ..... Euro.....

INCONTRO ANNUALE ..... Euro .....

**SPEDIRE VIA MAIL [corsi@painfulpoints.com](mailto:corsi@painfulpoints.com) :**

- Il presente modulo di iscrizione di due pagine compilato e firmato
- Copia del bonifico bancario effettuato     O per l'acconto     O per saldo.

**MODALITA' DI CANCELLAZIONE**

In caso di cancellazione comunicata per iscritto prima dei venti giorni precedenti la data di inizio del Livello o Incontro Annuale aggiornamento, Riflessomedica srl rimborserà il 70% di quanto versato a titolo di acconto. In caso di cancellazione successiva alla suddetta data, cioè nei venti giorni precedenti il Livello o Incontro, non sarà dovuto alcun rimborso e l'intero acconto sarà regolarmente fatturato a titolo di risarcimento dello squilibrio apportato all'organizzazione didattica.

RIFLESSOMEDICA SRL

LETTO E CONFERMATO

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma del Corsista \_\_\_\_\_