

MODULO DI ISCRIZIONE 2017/2018

“RIFLESSO MEDICINA PUNTI DOLOROSI”

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 o in Fisioterapia, 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:

SEDE LIVELLI e INCONTRO ANNUALE: Hotel Commodore – Montegrotto Terme (Padova) Tel 049 793777

DESIDERO ISCRIVERMI A:

<input type="checkbox"/> LIVELLO CEFALEE...	<input type="checkbox"/> 22-24 Settembre'17	<input type="checkbox"/> 28-30 Settembre '18	€ 560,00 + iva
<input type="checkbox"/> INCONTRO ANNUALE AGGIORNAMENTO PD	28-29 Ottobre '17		€ 250,00 + iva
<input type="checkbox"/> NUOVO LIVELLO BASE	<input type="checkbox"/> 11-12 Novembre '17	<input type="checkbox"/> 5-6 maggio '18	€ 350,00 + iva
<input type="checkbox"/> LIVELLO PATOLOGIE GRAVI...	<input type="checkbox"/> 24-26 Novembre'17	<input type="checkbox"/> 23-25 Novembre '18	€ 560,00 + iva
<input type="checkbox"/> LIVELLO LOMBOSCIATALGIE...	23-25 Febbraio'18		€ 560,00 + iva
<input type="checkbox"/> LIVELLO PAT.ORGANO-VISCERALI...	25-27 Maggio'18		€ 560,00 + iva

O Il Corsista che presenta e induce a venire per la prima volta un nuovo Corsista ha diritto all'omaggio di un manuale *Punti Dolorosi – Neuroriflessoterapia personalizzata o in alternativa di un nuovo porta-ago*.

INFORMAZIONI SUL PARTECIPANTE

Ha già frequentato Corsi PD del dottor Barbiero? SI NO

Se sì, indicare quali:

Sono venuto a conoscenza del O Corso Pratico PD O 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)

BANCA: CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO CODICE IBAN: IT44 J062 2562 3401 0000 0005 256

CAUSALE: Acconto Iscrizione O LIVELLO (specificare quale) Euro.....
O INCONTRO ANNUALE Euro

SPEDIRE VIA FAX ALLO 049/71.05.88 O VIA MAIL 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 _____