



SCUOLA ELEMENTALE
DI ARTE OSTETRICA

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Città _____ Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

Data di nascita _____ Luogo _____ Cod. fisc. _____

Professione _____

Luogo di lavoro _____

Desidero iscrivermi al corso/i dal titolo:

Ho versato la somma di:

() Euro 80,00 per la Marsupiocard (**In quanto quota associativa, la Marsupiocard non è mai rimborsabile**)

() Euro _____ per l'acconto OPPURE () Euro _____ per tutto l'importo del corso

per un totale di Euro _____ in data _____

sul conto corrente postale N. 34834515 intestato a Scuola Elementale di Arte Ostetrica Srl - Via Pier Capponi 17, 50132 Firenze. **Allego fotocopia del bollettino postale**

. () **desidero fattura, i dati per fatturare sono:** _____

REGOLAMENTO DI ISCRIZIONE AI CORSI:

- * **Ritiro prima del termine** dell'iscrizione: l'importo versato per il corso verrà rimborsato, trattenendo Euro 20,00 per le spese amministrative.
- * **Ritiro dopo il termine** dell'iscrizione: fino a cinque giorni prima dell'inizio del corso l'importo versato per il corso verrà rimborsato, trattenendo Euro 100,00. Se ci sono motivi plausibili documentati per il ritiro, in concordanza con la direzione, le 100 euro potranno essere utilizzate per un altro corso entro sei mesi dalla data di ritiro.
- * **Ritiro nei cinque giorni prima del corso.** In assenza di motivi plausibili documentati, la quota versata non potrà essere rimborsata né utilizzata per altri corsi
- **Ho preso visione del regolamento di iscrizione ai corsi e ne accetto il contenuto.**

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

- **Do il consenso al trattamento dei miei dati personali a norma della Legge 675/96**

Firma per il consenso.....Data.....

Scuola Elementale di Arte Ostetrica S.r.l.

Via Pier Capponi 17 50132 Firenze Tel. 055 576043, fax: 055 576266 e-mail: info@marsupioscuola.it
sito: www.marsupioscuola.it