



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 dal titolo:

---

**Ho versato la somma di:**

**Euro 90,00 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 \_\_\_\_\_**

**HO PAGATO TRAMITE:**

- conto corrente postale N. 34834515 intestato a Scuola Elementale di Arte Ostetrica Srl - bonifico bancario IBAN IT 13 R 02008 02852 000003455224 Banca Unicredit

**SOLO PER I POSSESSORI DI PARTITA IVA 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:

a) **Per i corsi fino a 18 ore:** l'importo versato verrà rimborsato, trattenendo € 100,00.

b) **Per i corsi superiori alle 18 ore:** l'acconto non potrà essere rimborsato.

**Ritiro nei cinque giorni prima del corso/GS.** 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 (rif. Decreto legislativo n.196/03)**

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