

Scheda iscrizione
FASCIOTERAPIA POSTURALE E CRANIO-SACRALE

Cognome

Nome

Indirizzo

Città

Prov. CAP

Tel. Fax

E-mail

*Qualifica

*C.F.

*P. IVA

Nato/a il / /

*** Campi obbligatori**

Dati per la fatturazione (se diversi da sopra)

Trattamento dei Dati Personali (D.Lgs. 196-03)

L'adesione e la partecipazione al Corso richiedono un esplicito consenso al trattamento dei dati personali, da parte della Segreteria Organizzativa e degli organismi promotori, al fine dell'invio di materiale informativo, nonché a scopi promozionali e commerciali. Il trattamento dati avverrà con la medesima riservatezza e il pieno rispetto di quanto stabilito dalla legge sulla tutela dei dati personali. Le sarà garantito, in ogni momento, l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 della medesima legge.

Data Firma