



Scheda Iscrizione Corso **FASCIOTERAPIA POSTURALE E CRANIO SACRALE**

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

Città _____

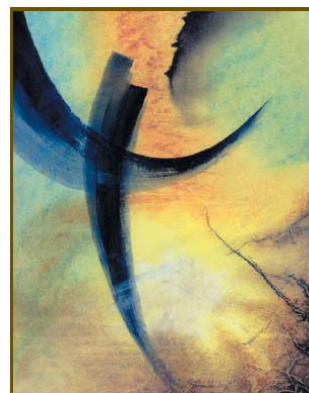
Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ FAX _____

Professione-Titolo _____

C.F.: _____

P.I. _____



Corso TOP:
**FASCIOTERAPIA POSTURALE
E CRANIO SACRALE**

Intestazione Fattura (se diversa da sopra)

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

L'adesione e la partecipazione al Corso richiede 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.

Firma _____

GLM Edizioni

Via dei Genieri, 153 -00143 - Roma (Italy)

Tel.: +39 06.5051.4427 Fax: +39 06.233.242.443

e-mail: info@marrapedizioni.com