

**DOMANDA D'ISCRIZIONE AL CORSO DI
CRANIOSACRALE**

SOTTOSCRITTO/A
nato/a a..... Prov.....
il/...../.....
residente a.....Prov.....C.A.P.....
inVia/P.zza.....n°.....
Tel. lav.....abit.....
Fax.....
Cell.....
E-mail.....
Cod. Fisc.....
P.IVA.....
Codice fatturazione elettronica.....
Posta elettronica certificata.....

Il trattamento dei dati ai fini di assolvere la presente richiesta di iscrizione e tutti gli adempimenti, anche di legge, connessi alla stessa è da intendersi lecito ai sensi dell'art. 6 comma 1 lettere b e c del Reg. Eu 679/2016.

“Do” “Non do”

consenso a Brivio Paola di utilizzare i miei dati per l'invio di materiale informativo /pubblicitario senza che un rifiuto infici la mia partecipazione al corso (barrare la scelta effettuata)

Il Dichiarante.....

avendo preso visione del Regolamento del Corso pubblicato sul sito

<https://www.corsiolos.it> che accetto

integralmente con la presente C H I E D O di essere iscritto/a al

CORSO DI CRANIOSACRALE – 27-28-29 MAGGIO 2023

il costo del corso sarà di euro 300,00.

Modalità di pagamento tramite Bonifico Bancario intestato a Brivio Paola

IT 72 d 05034 33431 00000000 2397

Causale : nome... cognome ... Corso CRANIOSACRALE

Accetto che le fatture relative alle quote di iscrizione mi vengano consegnate a mano e se richiesto per copia via posta elettronica certificata.

Per qualunque controversia dovesse insorgere tra il richiedente e Brivio Paola è competente in via esclusiva il Foro di Lecco

.....li, / /

Il Richiedente.....

I Vs. dati sono trattati secondo l'informativa già resavi, riottenibile gratuitamente inviando una mail a info@corsiolos.it