

DOMANDA DI ISCRIZIONE

**Medicina Integrata**

**Nutrizione e integrazione: dalla teoria alla clinica**

*Corso E.C.M.*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ M / F  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_  
Conseguito presso \_\_\_\_\_

**Dati per la fatturazione (se diversi dai dati del partecipante)**

Intestazione/Azienda \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
C. Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

**QUOTA D'ISCRIZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO**

La quota d'iscrizione è pari ad Euro 120,00 (con ECM), sono compresi:

- Attestato di partecipazione
- 2 Coffee Break
- 2 light Lunch

Il versamento avverrà tramite **BONIFICO BANCARIO Intestato a** Diatrivi S.r.l.:

**IBAN:** IT16P0103003218000001502462 **Causale:** Corso 19-20 Ottobre 2018 - Cognome e Nome

**Perfezionamento dell'iscrizione al corso:**

Il modulo compilato va inviato per email a [segreteria@diatrivi.it](mailto:segreteria@diatrivi.it).

L'iscrizione al corso si intende perfezionata al momento del ricevimento via email della "scheda d'iscrizione" al corso debitamente compilata e sottoscritta a cui va obbligatoriamente allegata la copia della distinta del bonifico.

Data \_\_\_\_\_

Firma per accettazione \_\_\_\_\_