**MODULO D’ISCRIZIONE**

**Per accettazione rispedire il presente modulo tramite fax 030/4077043 oppure** [***mdl@poliambulatoriosantagiulia.it***](mailto:mdl@poliambulatoriosantagiulia.it) ***o via WhatsApp al 338/4844801***

|  |
| --- |
| * **CORSO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **Sede Corso (selezionare opzione):**   * **Via Monte Grappa n. 84 Lumezzane – Bs (c/o Centro Comm. NOAL 3° piano)** * **Via Luigi Galvani n. 4 – San Zeno Naviglio (Bs)** * **CORSO “IN VIDEOCONFERENZA”**   **Data Corso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **PREZZO: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_+IVA/persona** |
| **RAGIONE SOCIALE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Sede legale:**  **VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_ LOCALITA’: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ PROV.: \_\_\_\_\_\_\_**  **TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COD. FISC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SDI (codice destinatario per fatturazione elettronica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **MODALITA’ DI PAGAMENTO:**   * **Riba 30ggfm BANCA D’APPOGGIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   **FILIALE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ABI: \_\_\_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   * **Bonifico vista fattura (Coord. Banc: Banco BPM IBAN: IT46T0503455320000000007510)**   **CODICE ATECORI 2007: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOME E COGNOME DATORE DI LAVORO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOME E COGNOME RSPP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOME E COGNOME RLS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOME E COGNOME MEDICO COMPETENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **DATI PARTECIPANTE AL CORSO:**  **Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Luogo di nascita (con provincia) e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Mansione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **Consenso al trattamento dei dati personali D.Lgs n. 196/03**  Autorizziamo P.S.G. srl ad inserire i presenti dati nella propria banca dati per consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale ed assolvere agli obblighi di natura contabile, fiscale, civilistica.  In qualsiasi momento potremo esercitare il diritto di cui all'art. 7 della presente normativa. |

Clausole Contrattuali \_\_\_\_

1. L'iscrizione si intende perfezionata al momento del ricevimento del presente modulo debitamente sottoscritto.
2. In caso di mancata presentazione dell'iscritto al corso, saremo autorizzati ad emettere regolare fattura, con la possibilità per l'iscritto di recuperare il corso nelle due successive edizioni.
3. In caso di ritiro del partecipante a corso già iniziato saremo autorizzati ad emettere regolare fattura per l'intero importo del corso.
4. L’attestato del corso sarà rilasciato a pagamento avvenuto.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**