



CORSO DI RADIESTESIA EVOLUTIVA
"Medicina della Nuova Era"

**MODULO DI ISCRIZIONE
5 LIVELLO**

Per iscriversi:

Inviare, preferibilmente via Whatsapp 347 404 1643, la foto o le scansioni dei seguenti documenti:

- ✓ Richiesta di iscrizione compilata in tutti i suoi campi, stampata e firmata

Una volta **confermata la disponibilità di posto, il pagamento dell'acconto** costituirà la **conferma iscrizione**.

Costo: € 650 + 36% tasse

Modalità di pagamento: bonifico bancario o contanti

Clausole: confermata la disponibilità di posto, l'iscrizione avrà **validità unicamente dopo** aver effettuato il **pagamento del 50% richiesto per il corso**. In caso di mancato pagamento, **il posto rimarrà vacante**. In caso di disdetta l'acconto **non sarà rimborsato**.

Nome _____

Cognome _____

Residente a _____

Prov . _____ Cap _____

Via _____

Cellulare _____

Data di Nascita _____

Codice Fiscale _____

Si informa, ai sensi del regolamento Europeo sulla Privacy (GDPR 679/16) che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate al seminario. Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui alla stessa.

Firma _____

Data: _____

Luogo: _____

Indicare la data di inizio Corso (gg/mese/anno)

Grazie della tua richiesta. Una volta iscritto al corso sarai inserito nel gruppo Whatsapp di riferimento, dove riceverai tutte le ulteriori informazioni sulla sede di svolgimento del Corso.

In caso di disdetta è necessario darne comunicazione almeno una settimana prima dell'evento.

Insegnamento Professionale a cura di Margherita Ciampi Docente di Radiestesia Evolutiva "Medicina della Nuova Era", Legge 14 gennaio 2013 n°4 P.IVA 01371150457

Data _____ Luogo _____

Firma a mano per accettazione e presa visione _____