

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

IL SOTTOSCRITTO

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PROFILO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

DI PARTECIPARE AL CORSO \_\_\_\_\_

CHE AVRÁ LUOGO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

ECM  UDITORE

Indicare se si partecipa al corso come ECM, e quindi fruitore di crediti formativi, o come semplice uditore.

Trasmettere per posta A/R, fax o posta elettronica:

- Scheda di iscrizione firmata
- Fotocopia del versamento sul CCP 000013560743 intestato a:  
OSMAIRM SRL VIA CAPPUCINI, 9 74014 LATERZA (TA)
- Fotocopia carta d'identità / codice fiscale / diploma

## CONDIZIONI GENERALI

- OSMAIRM SRL si riserva la facoltà di annullare il corso nel caso in cui non venisse raggiunto il numero minimo dei partecipanti
- Informazioni piú dettagliate saranno comunicate ai singoli partecipanti almeno 5 giorni lavorativi prima dell'inizio del corso
- Rinunce: In caso di rinunce comunicate con almeno 7 giorni di anticipo alla data di inizio OSMAIRM fatturerá in ogni caso il 20% della quota di partecipazione
- Modifiche: è possibile, se comunicato, far partecipare al corso una persona in sostituzione della persona iscritta inizialmente, é altresí possibile concordare la partecipazione ad un corso successivo

FIRMA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Riabilitazione a **360°**