



RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE IN OSTEOPATIA PEDIATRICA

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a _____ Il _____

Residente a _____ Provincia _____

In via _____ n. _____

CAP _____ Cellulare _____ e-mail _____

Codice fiscale _____

DATI PER FATTURAZIONE PER I POSSESSORI DI PARTITA IVA (Intestazione, indirizzo, cap, città e Partiva Iva)

Ai fini della validità iscrizione inviare a segreteria@formazioneosteopatia.it i seguenti documenti:

- Modulo di iscrizione compilato
- Copia della ricevuta del bonifico bancario

Il bonifico deve essere intestato a S.E.F.O. s.r.l. - **IBAN: IT40 N030 6915 1031 0000 0004873**

Banco di Napoli Gruppo Intesa Sanpaolo – 83100 Avellino

Il/La sottoscritto/a, dichiara la veridicità dei dati sopra riportati, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nella suddetta informativa.

Data _____

Firma _____