

*Associazione Vidhut
Scuola di Agopuntura e Terapia del Dolore
Iscritta alla Federazione Italiana Scuole di Agopuntura
Via Roma 158
09020 Ussana (CA)*

DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO 2017/2018

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ **nato a** _____

il _____ **residente a** _____

Via _____ **CAP** _____

Cod. Fiscale _____ **P.IVA** _____

Laureato c/o Università di _____

In data _____ **Iscritto all'Albo provinciale dei Medici di** _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO

Al _____ **Anno della Scuola di Agopuntura e Terapia del Dolore "Vidhut". Si impegna a versare la retta annuale di 1.600 € comprensivi di IVA al 22%, in un massimo di tre rate da versare: la 1° all'iscrizione, la 2° entro maggio e la 3° entro settembre tramite bonifico bancario sul C/C n.37294 c/o Banco di Sardegna intestato all'associazione Vidhut –**
IBAN: IT82D0101586350000000037294

È implicito che la suddetta iscrizione impegna al versamento dell'intera quota di iscrizione. Esprime inoltre il proprio consenso al trattamento delle informazioni relative ai dati personali, ai soggetti pubblici e privati, per fini inerenti all'attività scolastica e professionale. Dichiaro inoltre, sotto la propria responsabilità, ai sensi de DPR 445 del 28/02/2000, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76, di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Cagliari,

FIRMA