

## MODULO DI ISCRIZIONE CORSO WELLNESS 360° (tutti i campi sono obbligatori)

Nome:	
Cognome:	
Azienda/Studio*:	
Cod.Fisc./P.IVA:	
Indirizzo:	
CAP:	
Città:	
Telefono:	
E-mail e/o fax:	
Note:	
Già paziente del dottor Duranti:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pagamento effettuato tramite:	<input type="checkbox"/> Bonifico Bancario (Banca _____ Data _____) <input type="checkbox"/> Conto corrente postale (Data _____)

\* Il nome dell'azienda (e relativa Partita IVA) sono obbligatori nel caso si richiedesse di fatturare a una società o a uno studio professionale. Per i privati basta il codice fiscale e non è necessario inserire il nome dell'azienda.

<b>COME HAI RICEVUTO L'INFORMAZIONE DELL'ESISTENZA DI QUESTO CORSO?:</b>	
Sito del Dottor Duranti ( <a href="http://www.studio-duranti.it">www.studio-duranti.it</a> )	<input type="checkbox"/>
Newsletter del Dottor Duranti	<input type="checkbox"/>
Sito superSalute ( <a href="http://www.supersalute.com">www.supersalute.com</a> )	<input type="checkbox"/>
Newsletter di supersalute.com	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare):	<input type="checkbox"/>

### NOTA

L'organizzazione si riserva la possibilità di cambiare data e luogo dell'incontro con il solo obbligo di comunicare la variazione tramite il sito supersalute.com e studio-duranti.it e tramite una comunicazione alle persone già iscritte. Nel caso non fosse raggiunto il numero minimo di partecipanti, il corso verrà sospeso e ripresentato a data da destinarsi. I termini di rimborso in caso di disdetta sono indicati sul sito [www.supersalute.com](http://www.supersalute.com).

Luogo, data

Firma

### Informativa dati personali

Con la presente rilascio il mio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 196/2003, consapevole che senza il consenso la mia richiesta non potrà essere processata. I dati verranno utilizzati solo ed esclusivamente per gestire la mia iscrizione e per ricevere informazioni legate alla mia partecipazione alle attività formative. Potrò richiedere in qualsiasi momento la cancellazione dei miei dati rivolgendomi alla società AMOR S.R.L., via G. Compagnoni, 26 – 201129 Milano (MI).

Luogo, data

Firma

**INVIARE TRAMITE EMAIL ([corsi@supersalute.com](mailto:corsi@supersalute.com)) O VIA FAX (02 700 521 238)**