



RICHIESTA DI AMMISSIONE AI CORSI DELL' ACCADEMIA ITALIANA WELLNESS

Si prega di compilare in stampatello il modulo in ogni sua parte e inviarlo, assieme alla ricevuta di pagamento del corso a: info@accademiaitalianawellness.it

IL SOTTOSCRITTO:

NOME:

COGNOME:

DATA DI NASCITA:/...../.....

LUOGO DI NASCITA: PROV:

RESIDENTE A: PROV:

VIA: N°: CAP:

TELEFONO: MAIL:

CITTÀ:

CHIEDE:
DI ISCRIVERSI AL CORSO DI:

.....

CHE SI TERRÀ NEI GIORNI: A:

- L'iscrizione ai corsi è riservata ai soci di Accademia Italiana Wellness
- il pagamento può essere effettuato almeno entro 7 giorni prima della data del corso, tramite bonifico bancario intestato a:

“asd Accademia Italiana Wellness”
IBAN
IT82R0899524213026090002221

N. B.: Il corso avrà luogo solo se si raggiunge un numero minimo di partecipanti

Preso atto dell'informativa resa all'interessato acconsento ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) al trattamento dei miei dati personali da parte dell'Accademia Italiana Wellness.
Il trattamento dei dati comprende l'invio di materiale pubblicitario e/o promozionale.

DATA:/...../.....

FIRMA: