

Accademia PSYCHE e EMOTIVIA
Via Arco 4 - 20121 Milano
accademiapsyche@gmail.com
tel. 02.89093362 – cell. 3356855484

Modulo d'iscrizione al:
“Master di Ipnosi Dinamica®”
Milano, Settembre 2021

DATI PERSONALI

Cognome Nome _____
Indirizzo _____
Comune _____ CAP _____ Prov. _____
Tel/cell. _____ e-mail _____
Laurea _____ Professione _____
Iscr. Ordine _____ città di _____ n° _____ del _____

DATI INTESTAZIONE FATTURA (solo se diversi da quanto sopra indicato)

Fattura intestata a _____
Indirizzo fiscale _____
C.F. _____ P.Iva _____ Cod. univoco _____

Iscrizione al corso: **Master di Ipnosi Dinamica®**

*** Posti limitati**

MODALITA' DI PAGAMENTO:

Bonifico: ISPSI – IBAN: IT64E0306909606100000140321 - Causale: Master di **Ipnosi Dinamica**
€ 850,- quota scontata per le iscrizioni entro 31 Luglio 2021;
€ 950,- quota intera.

DATE 2021: Settembre 11/12 - 18/19 - 25/26

SEDE: Accademia Psyche - Milano, via Arco 4.

Si informa che il Master sarà attivato solo a raggiungimento di almeno 10 iscritti; nel caso di annullamento l'unico obbligo da parte degli organizzatori sarà la restituzione della quota versata.

Data _____ Firma _____

Avvertenze:

In caso di rinuncia, che va comunicata tramite lettera o e-mail, da parte dell'iscritto: a) per la quota scontata non è previsto alcun rimborso; b) per la quota intera: la rinuncia comunicata entro 30 giorni dalla data di inizio corso prevede il rimborso dell'intero importo versato; entro 15 giorni dalla data di inizio corso prevede un rimborso del 50% dell'importo versato, dopo tale periodo sarà trattenuta l'intera quota.

In caso di forza maggiore gli organizzatori si riservano la facoltà di rinviare e/o annullare il corso programmato dandone tempestiva comunicazione agli iscritti. In caso di annullamento, l'unico obbligo degli organizzatori sarà di provvedere al rimborso dell'importo ricevuto. Gli organizzatori si riservano inoltre la facoltà di modificare, per esigenze organizzative, la sede di svolgimento del corso dandone adeguato preavviso al partecipante.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n° 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”

Data e firma _____