

 istituto gestalt trieste	MODULO DI ISCRIZIONE	MOD_ISC
		Rev. 0 dd
	UNIENISO 9001: 2000	Pagina: 1 di 1

SEMINARIO DI

“ Costellazioni Familiari e Laboratorio di Gestalt ”

MODULO D'ISCRIZIONE

Nome		Cognome	
Data di nascita		Indirizzo (via/p.zza, N° civico)	
CAP	Comune		Provincia
Tel.		e-mail	
Professione		Cod. Fisc./ Partita IVA (per P.IVA è necessario indicare anche il CF)*	

Il /la sottoscritto/a _____

si iscrive al Seminario di *Costellazioni Familiari e Laboratorio di Gestalt* organizzato dall'Istituto Gestalt Trieste.

- Il Seminario **sarà avviato con un gruppo minimo di 12 persone**, si terrà nelle seguenti **date**:

	MESE	GIORNO	ORARIO	DOCENTE
I	Marzo	Venerdì 15	17.30-19.30	F. Carbonera
II	Marzo	Sabato 16	9-19	F. Carbonera
III	Marzo	Domenica 17	9-19	F. Carbonera

N.B. Il calendario e gli orari di svolgimento delle lezioni potrebbero subire qualche variazione.

SEDE: ISTITUTO GESTALT TRIESTE, via Rossetti 8, quarto piano, TRIESTE

COSTO SEMINARIO: € 200+ IVA = € 244 (ENTRO IL 4.03.2019)

MODALITÀ DI ISCRIZIONE: dietro caparra di € 50 non rimborsabili, compilando e consegnando l'apposito modulo.

Il versamento può essere effettuato (Indicare la modalità scelta):

- personalmente** alla Segreteria dell'Istituto Gestalt Trieste
- tramite bonifico bancario:** Banca di appoggio: **CRFVG - Intesa San Paolo - Istituto Gestalt Trieste** IBAN **IT76L0306902209100000005671** (BIC BCITITMM)

IMPORTANTE

* Per i **liberi professionisti** che desiderano la fattura con P.IVA indicare quanto segue:

- **Regime fiscale (segnare con una x):**
 - Forfettario
 - Dei Minimi
 - Ordinario
- **Codice univoco/codice destinatario (se in possesso)** oppure **PEC** per la ricezione della fattura: _____

- Il **saldo** dovrà essere effettuato **entro 4.03.2019**

- **N.B. NESSUN RIMBORSO SARÀ DOVUTO PER EVENTUALI RINUNCE**

- I dati personali forniti sono trattati esclusivamente dall'Istituto Gestalt Trieste ai sensi della Legge n.196/03 T.U.

DATA/...../.....

FIRMA.....