

CORSO DI FOTOGRAFIA ODONTOIATRICA

scheda di adesione

cognome _____ nome _____
via _____ città _____
cap _____ tel. _____ e-mail _____
CF _____ P.IVA _____

chiedo di iscrivermi al corso del 9 maggio 2015 - Roma

verso l'importo per la mia partecipazione di 150,00 euro + IVA

- bonifico bancario intestato a Sandro Gismondi
IBAN IT50B0306939550100000000963*
- Paypal versamento intestato a infogismondi@gmail.com*
- assegno bancario non trasferibile*

Vi confermo che qualora non dovessi dare disdetta prima di 7 giorni dalla data d'inizio del corso non avrò diritto alla restituzione dell'iscrizione.

Se, viceversa, darò disdetta prima di 7 giorni dall'inizio del corso avrò diritto alla restituzione della quota pagata decurtata della somma di 40,00 euro per Vs. spese di segreteria. Resta inteso che qualora per motivi organizzativi dovessi annullare il corso, mi restituirete l'intera quota.

Resta inoltre inteso che qualora per cause di forza maggiore o di impossibilità sopravvenuta il corso non si dovesse tenere, avrò diritto esclusivamente al rimborso della quota versata.

Nel caso il corso fosse interrotto avrò diritto al rimborso delle giornate non effettuate.

Nel caso, invece, di un mio abbandono preventivo del gruppo prima del termine del corso, vi confermo che pagherò per intero la quota di partecipazione.

Autorizzo al trattamento dei dati forniti ai sensi di DLgs 196/03.

Data _____ Timbro e firma (per accettazione) _____



SANDRO GISMONDI

www.dentalmacro.blogspot.it

infogismondi@gmail.com



348.8404500