

Domanda di iscrizione al corso ECM dell'Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente in Prov.

Via n.

Tel. Cell. Email

Ragione sociale*

P. IVA* Cod. Fisc.*

In possesso del titolo di studio di

CHIEDE

di essere ammesso/a a frequentare il corso ECM organizzato dall'Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica dal titolo:

avendo preso atto dell'importo dovuto, come indicato nella Scheda di Programma pubblicata, e impegnandosi al versamento nei tempi e nei termini descritti.

Data del corso Sede del corso

Data di iscrizione Firma leggibile

* Per intestazione fattura.

Si allega copia del bonifico di iscrizione di € a favore di Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica s.r.l. Banca Popolare di Sondrio - Filiale di Como - Codice IBAN IT 67 S 05696 10901 000021269X00.