

# MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al corso  
**SINDROME DELL'INTESTINO PERMEABILE (LGS)**  
Come, quando, perché. Che cosa fare?

CHE SI TERRÀ NELLA SEDE DI Colli del Tronto (AP) IN DATA 21 Settembre 2019

(si richiede l'invio del modulo di iscrizione entro 10 giorni precedenti la data del corso)

COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

Esercita la professione presso:

Ente pubblico

Lab. Analisi, Clinica privata

Poliambulatorio medico

Libero professionista

Altro

Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Tel. abitazione \_\_\_\_\_ Tel. Studio \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E.mail \_\_\_\_\_

Provvederò a versare a Ass. U.P.A.I.Nu.C. a seguito di conferma di attivazione da parte della Segreteria U.P.A.I.Nu.C. che arriverà all'indirizzo di posta elettronica indicato nella presente domanda

quota di iscrizione per tutti pari a € 40,00 + IVA (22%) = € 48,80

## Tramite

- bonifico bancario intestato a **Università Popolare Accademia Internazionale Nutrizione Clinica**  
**IBAN IT57 H 05696 03207 000007676X20** ed a trasmettere ricevuta di versamento all'indirizzo mail  
[info@upainuc.it](mailto:info@upainuc.it)

Dati per l'emissione della fattura:

Nome/ragione sociale \_\_\_\_\_

Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ P.iva \_\_\_\_\_

**N.B. IMPORTANTE SI PREGA COMUNICARE EVENTUALI DISDETTE DI ISCRIZIONE**

Prendo atto che I dati personali richiesti saranno utilizzati dalla Ass. U.P.A.I.Nu.C. s.r.l. solo per gli scopi di questo corso ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196 del 30 Giugno 2003.

In fede

\_\_\_\_\_