

# MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al corso

**ALIMENTAZIONE, BENESSERE E SESSUALITA'. LA MEDICINA INTEGRATA NELLA GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE RELATIVE ALLA SFERA SESSUALE**

CHE SI TERRÀ NELLA SEDE DI \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

(si richiede l'invio del modulo di iscrizione entro 10 giorni precedenti la data del corso - I corsi verranno attivati con un minimo di 25 partecipanti - **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

- |                          |                                    |                             |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | quota di iscrizione pari a         | €70,00 + IVA (22%) = €85,40 |
| <input type="checkbox"/> | sconto non richiedente crediti ECM | €60,00 + IVA (22%) = €73,20 |
| <input type="checkbox"/> | associati U.P.A.I.Nu.C.            | €40,00 + IVA (22%) = €48,80 |
| <input type="checkbox"/> | sconto studenti universitari       | €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

\_\_\_\_\_