

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL WORKSHOP “IL PARKINSON IN PALESTRA”

IL SOTTOSCRITTO

Cognome *

Nome *

Indirizzo *

Cap * Città * Provincia*

Recapito Telefonico / Cellulare *

E-Mail *

Data di Nascita * .../.../....

Luogo di Nascita * Provincia *

Codice Fiscale *

Titolo di studio*

DICHIARA

Di volersi iscrivere al:

- Workshop “Parkinson in palestra” + quota associativa ASD - **99 €**
- Workshop “Parkinson in palestra” (quota associativa in regola) - **84 €**

Tutti i campi segnalati con il simbolo [*] sono obbligatori e da inserire in stampatello.

Le domande di iscrizione prive di dati rimarranno congelate fino alla completa comunicazione.

Inviare il modulo di iscrizione e la copia dell'avvenuto pagamento

all'indirizzo email: support@prospettivafitness.it

Pagamento da effettuarsi tramite:

- Bonifico su conto corrente con IBAN: **IT42E0760112100001025711829**
indicando nella causale: “workshop Parkinson cognome e nome” del corsista

Data.....

Firma.....

Sottoscrivendo il modulo dichiaro di prendere atto del regolamento ed esprimo il consenso all'utilizzo dei dati in esso contenuti, come disposto dalla legge sulla privacy n.196 del 30/06/03 e relativa informativa disponibile presso A.S.D. Prospettiva Fitness (via Giorgio Pullè 24, 35136 - PADOVA)