



SCHEDA D'ISCRIZIONE da inviare via fax al N. +39 0575 350 277
o spedire a STRATEGIC THERAPY CENTER, Piazza S. Agostino, 11, 52100 - Arezzo - Italia

Confermo la mia iscrizione al CORSO INTENSIVO "LA COMUNICAZIONE STRATEGICA MEDICO-PAZIENTE"
anno accademico 2009/2010 presso la sede di
e pagherò la quota complessiva di € 1.800,00 + IVA (€ 2.160,00)

DATI PERSONALI

Nome e Cognome: Luogo e data di nascita:
Residenza: n°: C.A.P.: Città: Stato
Tel. Fax Cell.: E-mail:
Titolo di studio professione in azienda
Ho saputo dell'evento attraverso:

DATI INTESTAZIONE FATTURA

Ragione sociale: Indirizzo sede legale :
Città: Prov.: C.a.p.: Stato Tel. Fax
Partita IVA / Cod. fiscale
referente contabilità E mail per l'invio di fattura elettronica

CONDIZIONI E MODALITA' DI PAGAMENTO

La quota complessiva potrà essere versata in massimo quattro rate, la prima all'atto di iscrizione pari a € 300,00 della quota complessiva, il saldo entro e non oltre un mese prima della fine del Corso.

per questo pagherò

- € 300,00 quale convalida di iscrizione

[] Il rimanente in unica soluzione nella data che segnalo

[] Il rimanente in tre rate nelle seguenti date che segnalo / /

A ricevimento di ogni versamento verrà spedita regolare fattura intestata secondo le indicazioni fornite.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

[] **Bonifico Bancario** (INDICANDO NELLA CAUSALE IL NOME DEL PARTECIPANTE E IL TITOLO DEL CORSO)

- a favore di STRATEGIC THERAPY CENTER

UNICREDIT BANCA DI ROMA, via G. Monaco – Arezzo - IBAN IT 46 CIN C ABI 02008 CAB 14113 C/C 000029355592 SWIFT UNCRITM1J50

[] **Assegno Bancario** N° di Euro intestato a Strategic Therapy Center e non trasferibile.

CONDIZIONI GENERALI CHE REGOLANO L'ISCRIZIONE

1) Per partecipare è obbligatorio compilare il presente modulo in ogni sua parte, inviarlo a Strategic Therapy Center e pagare la quota di iscrizione. Il partecipante acquisisce il diritto alla partecipazione al corso, a ricevere gli appositi materiali didattici, a ricevere al termine del corso il certificato finale, (frequenza minima richiesta: 80% delle attività di formazione). I partecipanti, che lo richiederanno, riceveranno un certificato di presenza alle singole lezioni dell'attività formativa. Sono esclusi i costi inerenti a viaggi, vitto e alloggio. Non sono possibili registrazioni audio o video durante i corsi.

2) L'iscrizione è vincolante se non disdetta con fax o lettera raccomandata almeno 20 giorni prima dalla data d'inizio dell'evento. In questo caso verrà restituita la somma versata meno 50,00 euro che Strategic Therapy Center tratterrà per diritti di segreteria.

3) In caso di disdetta o mancata partecipazione al corso, non segnalata nei termini sopra indicati, (20 giorni antecedenti l'inizio evento) lo Strategic Therapy Center è autorizzato a trattenere l'importo versato quale iscrizione e a richiedere il saldo complessivo del corso. Le somme versate potranno essere comunque utilizzate successivamente per qualsiasi altra attività svolta dall'Istituto a scelta del partecipante.

4) In caso di forza maggiore, Strategic Therapy Center si riserva la facoltà di rinviare e/o annullare il corso programmato dandone tempestiva comunicazione agli iscritti, si riserva inoltre di modificare per esigenze organizzative, la sede di svolgimento del corso dando congruo preavviso al partecipante. In caso di annullamento l'unico obbligo di STC sarà di provvedere al rimborso dell'importo ricevuto. Per qualsiasi controversia relativa al presente contratto, il foro competente è quello di Arezzo.

5) Trattamento dei dati: le informazioni raccolte saranno inserite e conservate nella nostra banca dati e utilizzate per l'invio gratuito di documentazione sulle attività di Strategic Therapy Center Ex Art.13 D.Lg.196/2003. (e succ. modificazioni) *Il Titolare del trattamento dati è Nardone Maria Cristina, che procede al trattamento nel rispetto della normativa in materia di tutela della privacy.*

Qualora non si desideri ricevere ulteriori comunicazioni barrare la casella riportata qui accanto []

Per specifica approvazione delle clausole 1,2, 3,4,5, (art. 1341 C.C. Il Comma) Firma:

Autorizzo StrategicTherapy Center a riprendere in video a scopo didattico e non divulgativo l'evento in oggetto ACCETTO (SI) (NO)

data..... firma.....

STRATEGIC THERAPY CENTER

Piazza S. Agostino, 11 - 52100 – Arezzo Tel: + 39 0575 350240 - fax: +39 0575.350 277 E mail info@problemsolvingstrategico.it
www.centroditerapiastrategica.org www.problemsolvingstrategico.it