



Domanda di iscrizione al corso post graduate

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ || _____

Residente in _____

Tel./Cell. _____

Email _____

Ragione sociale* _____

P. IVA* Cod. Fisc.* _____

Osteopata D.O. dall'anno _____

Presso l'Istituto _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a frequentare il corso di aggiornamento organizzato da C.E.E.S.O. VENEZIA dal titolo:

_____ in data _____

avendo preso atto dell'importo dovuto e impegnandosi al versamento nei tempi e nei termini descritti.

Data _____

Firma leggibile _____

* Per intestazione fattura.

Si allega copia del bonifico a favore di C.E.E.S.O. VENEZIA s.r.l. C/O CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO SPA, SPARKASSE Ag. MESTRE, IBAN: IT29 0060 4502 0000 0000 5000 771