



Associazione Culturale

**La Strega**

Tel. 02.6071073 - Cell. 333.4445701 - Fax 178.2708734  
e-mail: info@lastrega.org - www.lastrega.org

## MODULO d'ISCRIZIONE

Nome:	<input type="text"/>	Cognome:	<input type="text"/>
Indirizzo:	<input type="text"/>	Città:	<input type="text"/>
C.A.P.:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
Telefono:	<input type="text"/>	Cellulare:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>
Data di nascita:	<input type="text"/>	Professione:	<input type="text"/>

Precedenti esperienze di crescita personale (libri, corsi, ecc...):

### CONFERMO LA MIA ISCRIZIONE A :

<input type="checkbox"/> TESSERA Associazione culturale LA STREGA	Anno :	<input type="text"/>	€	10,00
<input type="checkbox"/> Corso individuale " CHAKRA'S DAY "	Date :	<input type="text"/>	€	400,00
orario : .....				
<input type="checkbox"/> Corso in gruppo " CHAKRA'S DAY "	Data :	<input type="text"/>	€	200,00
<input type="checkbox"/> Soggiorno in Agriturismo			€	.....,00
<input type="checkbox"/> SCONTI e PROMOZIONI			- €	.....,00
<b>TOTALE</b>			€	<input type="text"/>

### MODALITA' DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario a BARBARA FERRARI :

Banca Intesa S. Paolo

Codice IBAN : IT 30 K 03069 09581 00000 1249196

Causale : Corso " CHAKRA'S DAY" del .... / .... / ....

### INVIARE VIA FAX al n. 1782708734

- il modulo d'iscrizione all'ASSOCIAZIONE compilato in ogni sua parte e firmato
- il modulo d'iscrizione al CORSO compilato in ogni sua parte e firmato
- la ricevuta del versamento

### IMPORTANTE, da LEGGERE e SOTTOSCRIVERE :

In caso di impossibilità a partecipare, la rinuncia va comunicata telefonicamente o via fax con una settimana di preavviso (Segreteria Corsi : da lunedì a venerdì, orario 10.00 - 18.00, Tel. 02.6071073 - Cell. 333.4445701 - Fax 1782708734).

La quota versata potrà quindi essere utilizzata per partecipare al corso seguente o ad altre sessioni individuali ridefinendo le date. Le rinunce segnalate successivamente, nonchè la mancata partecipazione al corso, comportano la perdita dell'importo versato.



AUTORIZZO il trattamento dei miei dati personali (D. Lgs. 196/03)

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_