

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Compilare in modo leggibile e firmare

Io sottoscritto/a:

COGNOME.....

NOME.....

INDIRIZZO.....

CAP..... CITTA'..... PROV.....

Nato/a: A.....Il.....

CODICE FISCALE.....

P. IVA

TEL.....

CELL.....

E@Mail.....

Vi do con questa, ai sensi del regolamento UE 679/2016 e successive modifiche, il mio esplicito consenso al trattamento dei miei dati personali all'interno dell'Istituto Europeo di Shiatsu di Roma srls e della mia immagine per i video dei servizi online. Ai sensi del GDPR - Regolamento 2016/679 Vi informiamo che i Vs. dati saranno utilizzati esclusivamente per i fini connessi ai rapporti commerciali tra di noi in essere. Vi preghiamo di controllare i Vs. dati anagrafici, la P. IVA e il Cod. Fiscale. Non ci riteniamo responsabili di eventuali errori.

☐ Acconsento ☐ Non acconsento al trattamento dei miei dati personali per l'invio tramite sms e/o e-mail di comunicazioni informative e promozionali in relazione alle iniziative proprie e/o di società controllate e/o collegate.

Vi comunico che Vi ho versato la somma di Euro.....quale anticipo/saldo (barrare la voce non interessata) del Corso/Seminario con codice.....

Data.....

Firma.....

