



Scuola Elementale Arte Ostetrica

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____ Città _____

Telefono _____ E-mail _____

Data di nascita _____ Luogo _____ Cod. fisc. _____

Professione _____ Luogo di lavoro _____

Desidero iscrivermi al corso/GS dal titolo:

Ho versato la somma di:

- Euro 90,00 per la Seao card (la Seao card non è rimborsabile)
- Euro _____ per l'acconto (**solo per corsi di più moduli**)

OPPURE

- Euro _____ per tutto l'importo del corso
per un totale di Euro _____ in data _____

HO PAGATO TRAMITE:

- conto corrente postale N. 34834515 intestato a Scuola Elementale di Arte Ostetrica Srl
- bonifico bancario IBAN IT 13 R 02008 02852 000003455224 Banca Unicredit

SOLO PER I POSSESSORI DI PARTITA IVA desidero fattura, i dati per fatturare sono:

E mail PEC: _____

(La SEAO ha l'obbligatorietà di fatturazione elettronica)

REGOLAMENTO DI ISCRIZIONE AI CORSI:

***Ritiro prima del termine dell'iscrizione:** l'importo versato per il corso verrà rimborsato, trattenendo Euro 20,00 per le spese amministrative.

***Ritiro dopo il termine dell'iscrizione:**

a) Per i corsi fino a 18 ore: l'importo versato verrà rimborsato, trattenendo € 100,00.

b) Per i corsi superiori alle 18 ore: l'acconto non potrà essere rimborsato.

Ritiro nei cinque giorni prima del corso/GS. In assenza di motivi plausibili documentati, la quota versata non potrà essere rimborsata né utilizzata per altri corsi.

Ho preso visione delle modalità di accesso ai corsi e ne accetto il contenuto.

Firma.....Data.....

Dò il consenso al trattamento dei miei dati personali (rif. GDPR e successivi)

Firma per il consenso.....Data.....