



PILLOLE STRATEGICHE WORKSHOP

**MODULO DI ADESIONE A** ..... (Titolo del seminario)

DA INVIARE FIRMATO VIA FAX +39 0575.350 277 O TRAMITE E MAIL A info@changestrategies.it

Data del seminario ..... Città .....

**DATI PERSONALI**

Nome e Cognome: ..... data di nascita: .....

Residente in via/piazza: ..... N°:.....

Città: ..... C.a.p.: ..... Tel.....Cell.:.....

E-mail: .....titolo di studio.....

Professione..... Domicilio (*indicare solo se diverso dalla residenza*)

Via .....N°..... C.a.p. ....P.Iva.....

Codice fiscale .....Ho saputo dell'evento attraverso: .....

**DATI INTESTAZIONE FATTURA** (*compilare solo se diversi dai dati personali*)

Ragione sociale: .....

Via .....N°..... Città ..... C.a.p. ....

Partita IVA ..... Codice fiscale.....

**MODALITA' DI ISCRIZIONE**

Per partecipare pagherò la quota di € .....

CONTESTUALMENTE ALLEGO

Assegno Bancario non trasferibile N°..... di Euro .....  
intestato a **STRATEGIC THERAPY CENTER** srl

Ricevuta bonifico bancario a favore di STRATEGIC THERAPY CENTER - UNICREDIT BANCA, via G. Monaco, Arezzo.  
CIN **I ABI 02008 CAB 14103 C/C 000029355589** Codice iban **IT 71 I 02008 14103 0000 29 35 55 89**

SI PREGA DI INDICARE NELLA CAUSALE GLI ESTREMI DEL PARTECIPANTE E IL TITOLO DEL CORSO

**CONDIZIONI:**

1) La presente iscrizione si riterrà perfezionata all'avvenuto pagamento dell'importo totale. Il partecipante si impegna a saldare il dovuto entro e non oltre la data di inizio dell'evento.

2) L'iscrizione è vincolante se non disdetta con fax, lettera raccomandata o personalmente almeno 10 giorni prima della data d'inizio dell'evento. In caso di disdetta nei termini sopra indicati o di annullamento del corso la somma versata dal partecipante verrà interamente restituita.

3) Lo Strategic Therapy Center si riserva la facoltà di rinviare e/o annullare il corso/workshop programmato dandone tempestiva comunicazione agli iscritti.

4) In caso di disdetta o mancata partecipazione al corso, non segnalata nei termini sopra indicati, Strategic Therapy Center è autorizzata a trattenere l'importo totale della quota versata e le somme potranno essere comunque utilizzate dal partecipante per qualsiasi altra attività svolta dall'Istituto a scelta del partecipante.

5) Trattamento dei dati: le informazioni raccolte saranno inserite e conservate nella nostra banca dati e utilizzate per l'invio gratuito di documentazione sui corsi di Strategic Therapy Center Ex Art.13 D.Lgl.196/2003. Qualora non si desidera ricevere ulteriori comunicazioni barrare la casella riportata qui accanto

6) Lo Strategic Therapy Center si riserva di riprendere in video a scopo didattico e non divulgativo l'evento in oggetto. Qualora non si desidera essere video registrati barrare la casella riportata qui accanto

Per specifica approvazione delle clausole 1,2, 3,4,5,6 (art. 1341 C.C. Il Comma)

Data..... Firma del partecipante .....

STRATEGIC THERAPY CENTER - Piazza S. Agostino, 11 - 52100 – Arezzo Tel: + 39 0575 350240 - fax: +39 0575.350 277  
C.F. - P. IVA 01698270517 REA AR n. 132283

E mail info@problemsolvingstrategico.it - www.centroditerapiastrategica.org - www.problemsolvingstrategico.it

Company with Quality System Certificate as Professional Training and Congress Organizer by DNV ISO 9001:2000