



Scheda di Iscrizione

LA COMPLESSITA' CLINICA NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO

ROMA- 15 - 16 MARZO 2018

COMPILARE IN STAMPATELLO

Nome e Cognome

Luogo e data di Nascita

Codice Fiscale

Indirizzo

Cap

Città

Tel

Fax

E-Mail

Professione

SI RICHIEDE FATTURA DA INTESTARE A

Professionista/Ragione sociale società

Indirizzo

P. IVA

CONDIZIONI DI PAGAMENTO

L'iscrizione sarà perfezionata al ricevimento del pagamento d'iscrizione di € 250 (IVA compresa) a quota agevolata fino al 10 Febbraio 2018, che dovrà effettuarsi tramite bonifico bancario a favore di: Potenziali srl – Largo Luigi Antonelli, 14, 00145 Roma - BPM Banca Popolare di Milano - AGENZIA 00253 – ROMA - IBAN IT46D055840320200000019985 indicando nella causale: "Iscrizione Corso di Formazione Autismo" Dopo il 10 febbraio 2018 la quota di iscrizione sarà di € 300 (IVA compresa) che dovrà essere versata entro il 05 Marzo 2018. Una copia della ricevuta del pagamento dovrà essere inviata via e-mail ad info@potenziali.net

Il Professionista

li _____

Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003, autorizza espressamente Potenziali srl al trattamento dei propri dati personali ai soli fini delle attività legate alla formazione.

Il Professionista

POTENZIALI s.r.l.
NEUROPSICOLOGIA dello SVILUPPO

www.potenziali.net

Largo Luigi Antonelli, 14 – 00145 Roma
Tel. 06.54.34.902
e-mail info@potenziali.net
Cod. Fisc./Part. IVA 11546801009
R.E.A. n. RM - 1310970