



Agenzia di Formazione, Mediazione Sociale e Management
 Accredited al M.I.U.R. Università degli Studi di Bari, Bologna, Roma
 prima SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE
 QUADRIENNALE IN PSICOTERAPIA PNLI
 Programmazione NeuroLinguistica Terapeutica
 riconosciuta M.I.U.R. d.m. 25/03/04



Educazione Continua in Medicina

SCHEDA DI ISCRIZIONE
SI DESIDERA REGISTRARE LA PARTECIPAZIONE AL SEMINARIO

• Titolo del corso:

dai SEGNI e di - SEGNI alle METAFORE TERAPEUTICHE
Lo scarabocchio, il Disegno e il Segno/Scrittura

Data: 23, 24, 25 Marzo 2012 dalle ore 9:30 alle ore 18:30

- **Luogo di svolgimento: BARI**
- Il numero dei partecipanti è limitato.
- Le iscrizioni saranno accettate seguendo l'ordine cronologico di arrivo delle domande.
- Le iscrizioni si intendono perfezionate al ricevimento della scheda di iscrizione che dovrà pervenire per fax al n. 0805275702.
- Il corso sarà effettuato solo ed esclusivamente al raggiungimento del numero previsto di iscritti.
- La direzione si riserva il diritto di modificare tempi di attuazione del corso, date, corpo docente o programma dandone tempestiva comunicazione agli iscritti.
- Agli iscritti verrà comunicata la conferma dell'iscrizione raggiunto il numero minimo previsto ed inviato il programma dettagliato del corso.
- L'IKOS si riserva la facoltà di rinviare e/o annullare il corso/Workshop programmato dandone tempestiva comunicazione agli iscritti.
- I dati personali inviati saranno utilizzati a questo e solo esclusivo fine e la cancellazione degli stessi può essere richiesta ai sensi di legge sulla privacy (D. Lgs. 196/93).

Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Cod. Fiscale		Partita I.V.A.	
Indirizzo di Residenza		Città	Cap Prov.
Tel. casa	cell.	e-mail	
Titolo di studio			
Professione/Specializzazione			

QUOTA ORDINARIA € 220,00

QUOTA CADAUNO PER GRUPPI di MINIMO 2 PERSONE € 180,00

PER COLORO CHE HANNO GIÀ FREQUENTATO IL MODULO € 100,00

PER STUDENTI € 100,00

QUOTA AGGIUNTIVA PER CHI RICHIEDE GLI ECM € 60,00

Pagamento tramite Bonifico Bancario intestato a:

IKOS AgeForm, Banca Prossima IBAN: IT 26 0 03359 01600 10000061234

Vi autorizzo alla conservazione e all'utilizzo dei miei dati personali per le attività in oggetto e per le comunicazioni inerenti le vostre prossime attività ai sensi del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003.

Segreteria organizzativa
 Responsabili Evento: Dott.ssa Katia Marselli &
 Dott.ssa Francesca Lafasciano
 Tel 0805212483 – e-mail: katia@ikosageform.it;
 francescal@ikosageform;

Data iscrizione

FIRMA
