



**SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
**SI DESIDERA REGISTRARE LA PARTECIPAZIONE AL CORSO**

**IPNOSI CLINICA 1° livello**

Data: **2, 3, 4 Dicembre 2011**

• **Titolo del corso:**

• **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			

Per coloro che desiderano i **crediti ECM (18 per Psicologi e 13 per Medici)**: quota di iscrizione **€ 50,00**

Per coloro che non appartengono alle categorie suindicate, per le quali l'edizione è gratuita, e che vogliono partecipare al Corso, la quota è di € 50,00.

Barrare la casella sottostante e indicare la categoria di appartenenza se si vuole partecipare al Corso a pagamento

Altro \_\_\_\_\_

Pagamento tramite Bonifico Bancario intestato a:  
IKOS AgeForm, Banca Prossima IBAN: IT 26 0 03359 01600 100000061234

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 rapporti  
con il Ministero della Salute:  
Responsabile Evento: Dott.ssa Stefania Cianciotta  
Tel 0805212483 – e-mail: [ecm@ikosageform.it](mailto:ecm@ikosageform.it)

Data iscrizione

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_