

SCHEDA DI ISCRIZIONE

SI DESIDERA REGISTRARE LA PARTECIPAZIONE AL CORSO

## IPNOSI CLINICA 1° livello

**Titolo del corso**

**Luogo di svolgimento: BARI**

**Data 10/11/12 ottobre 2008**

- 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 e della ricevuta dell'avvenuto pagamento che dovranno pervenire per fax al n. 0805275702. Si prega di chiedere conferma dell'arrivo al n. 0805212483.
- 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.
- In caso di annullamento del corso da parte dell'IKOS sarà restituita interamente la somma versata dal corsista.
- 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).
- Si informa, inoltre, che il presente evento non costituisce incontro terapeutico, e viene inteso ad esclusivo titolo formativo.
- E' fatto esplicito divieto di riproduzione con ogni mezzo audio - video delle giornate di formazione da parte dei corsisti.
- La sottoscrizione del presente modulo autorizza la Scuola di formazione alla ripresa audio video delle giornate di formazione a titolo esclusivamente didattico, e non divulgativo.

Cognome	Nome		
Data di nascita	Luogo di nascita		
Cod. Fiscale	Partita I.V.A.		
Indirizzo di Residenza	Città	Cap	Prov.
Tel. casa	Tel lavoro:	cell.	
e-mail			
Professione/Specializzazione	Settore Attività		
Indirizzo Lavoro			

Quote di iscrizione:  1° Livello GRAUITO per medici e psicologi

**EVENTO 10/11/12 ottobre 2008 gratuito per Medici e Psicologi.**  
Per coloro che desiderano i crediti ECM (18 per medici e 20 per psicologi): quota di iscrizione € 50,00

PACCHETTO \_\_\_\_\_

Pagamento tramite Bonifico Bancario intestato a:

**IKOS AgeForm, c/c 10702H, Banca Antoniana Popolare Veneta, ABI 05040, CAB 03370**  
**Codice I BAN IT93x0504003370000001070266**

**Condizioni generali per segreteria ECM.**

Si informano i corsisti che in caso di tardiva disdetta o mancata partecipazione al Corso, la quota versata per la segreteria ECM non sarà rimborsata, ma potrà essere riutilizzata a favore di eventi ECM successivi organizzati da IKOS.

**Modalità di disdetta per i corsi a pagamento:**

- E' attribuito a ciascun partecipante il diritto di recesso ai sensi dell'art. 1378 c.c., che dovrà essere comunicato con disdetta da inviare via Fax al n. 0805275702 e potrà essere esercitato con le seguenti modalità:
- L'iscrizione è vincolante se non disdetta con fax, lettera raccomandata o personalmente (con documento scritto dell'atto di rinuncia, vistato da un responsabile IKOS con indicazione della data) almeno 30 giorni prima della data d'inizio del corso (tel. 080/5212483); le rinunce pervenute entro questa data saranno soggette ad un addebito pari alla quota annuale di associazione all'IKOS (€130,00 - anno 2008). Le quote versate per le spese di segreteria ECM non verranno rimborsate e potranno essere riutilizzate per come "credito residuo" per successivi eventi accreditati.
- Per le disdette pervenute nelle modalità su indicate entro 15 giorni dalla data di inizio corso il partecipante potrà recedere pagando un corrispettivo pari al 50% della quota di iscrizione.
- In caso di tardiva disdetta o mancata partecipazione al corso, non disdetta nei termini e modalità sopra indicati, l'IKOS è autorizzato a trattenere l'importo totale della quota versata. Il corsista potrà comunque riutilizzare la somma versata come bonus per ulteriori corsi o iniziative edite dall'IKOS-AgeForm.

Segreteria organizzativa rapporti  
con il Ministero della Salute:  
Responsabile Evento: Dott.ssa Daniela Marrocco  
Tel 0805212483 - e-mail: [dea@ikosageform.it](mailto:dea@ikosageform.it)

Data iscrizione

FIRMA