



**Scheda di iscrizione al WORKSHOP REFLUSSO GASTRO ESOFAGEO IN TERAPIA  
MANUALE INTEGRATA**

**ROMA 16 e 17 luglio 2022**

**DOCENTI: Dott. A. Peretti D.O., Dott. P. Pogelli D.O., Dott. A. Lo Stocco D.O.**

(l'invio della scheda d'iscrizione, compilata e firmata, unitamente alla copia del versamento effettuato conferma l'iscrizione)

PRESSO: Via della bella villa 90, Roma, c/o FKT Salvetti

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a .....il.....

Residente in Via.....CAP.....

Città.....Provincia.....

Telefono.....

Cellulare.....

E-Mail.....

**DATI AMMINISTRATIVI**

Nominativo/Ragione Sociale.....

Indirizzo Fiscale: Via.....

CAP..... Città.....

Codice Fiscale .....

Partita IVA.....

Codice univoco.....

Pec .....

Desidero iscrivermi e partecipare all'Evento Formativo: **WORKSHOP REFLUSSO GASTRO ESOFAGEO IN TERAPIA MANUALE INTEGRATA,**

organizzato da APA INSTITUTE SRL, di cui dichiaro di aver ricevuto corretta e completa informazione

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n°196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell'art. 13 GDPR 679/16 – “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali”.

Costo del corso:

- 200 € iva inclusa (da versare acconto del 50%, saldo entro il 27 giugno 2022)

APA INSTITUTE SRL

Intesa san Paolo, filiale di Roma Via dei Prati Fiscali, 187, 00141

IBAN: IT47 K030 6903 202 1000 00067536

Causale: iscrizione **WORKSHOP REFLUSSO GASTRO ESOFAGEO IN TERAPIA MANUALE INTEGRATA** “Nome e Cognome” “Acconto” / “Saldo”

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Inviare a [APAINSTITUTESRL@GMAIL.COM](mailto:APAINSTITUTESRL@GMAIL.COM)**

LA SEGRETERIA CONFERMERÀ LA PARTECIPAZIONE AL CORSO VIA MAIL E/O TELEFONO

Sarà data priorità di partecipazione secondo l'ordine di arrivo delle schede di iscrizione e dei relativi bonifici.

**APA INSTITUTE SRL – [www.apainstitute.it](http://www.apainstitute.it)**