

MODULO ISCRIZIONE
RITIRO DI MINDFULNESS:
ACCETTAZIONE E COMPASSIONE
MINDFULNESS COMPASSION & INSIGHT
DR. ROB NAIRN E DR. RENATO MAZZONETTO
29-30-31 MAGGIO
PALERMO

Cognome	Nome
Luogo e data di nascita	
Codice Fiscale /P.IVA	
Indirizzo (Via, CAP)	
Città	
Tel.	
Cell.	
Email	
Titolo di studio	
Professione	

QUOTA DI ISCRIZIONE

180 EURO IVA ESCLUSA da versare entro il 22 MAGGIO 2015

presso la segreteria dello studio medico DO IN in via Mondini 17, PALERMO

ore ufficio 9.00 - 13.00 / 15.00 - 19.00

o sul c/c

IBAN: IT 78 L 02008 04612 000103244291

intestato a ASSOCIAZIONE CULTURALE ACCADEMIA ITALIANA NUAD BO RARN

causale: RITIRO: ACCETTAZIONE E COMPASSIONE – MINDFULNESS COMPASSION & INSIGHT

FIRMA _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Il Decreto Legislativo del 30/06/03 n. 196 tutela il diritto alla privacy sui dati personali raccolti con questa scheda. Le informazioni da Lei fornite per l'iscrizione al presente evento, saranno oggetto di trattamento nel rispetto delle disposizioni sopra menzionate e degli obblighi di riservatezza.

Il trattamento dei dati sarà effettuato per dare corso alla Sua iscrizione, invio di materiale informativo inerente l'organizzazione di attività da parte della nostra organizzazione, gestione amministrativa ed extracontabile.

r Acconsento al trattamento dei miei dati personali per i fini qui indicati.

r Non acconsento al trattamento dei miei dati personali, fatta eccezione l'iscrizione al presente evento ed ai trattamenti obbligatori previsti per legge.

Luogo _____ Data ____/____/2015 FIRMA _____