Domanda d'iscrizione alla Health Science University Scuola superiore di Igienismo Naturale
compilare in stampatello e inviare via e-mail: **aghape@aghape.it**

Nome ----------Cognome ----------

Via ---------- n° ----------

CAP ----------Città ---------- Provincia ----------

Tel. ---------- Cellulare ----------

e-mail ----------

Nato/a a ---------- il ----------

Titolo di Studio ----------

Attività svolta ----------

Codice Fiscale ----------

P.IVA ----------

Ricevuta intestata a ----------

Modalità di Pagamento (barrare la casella relativa all'opzione scelta)

☐ unica rata (1.200 euro) ☐ due rate (650 cad) ☐ quattro rate (355 cad.)

Pre – Iscrizione

☐ acconto di 200 euro

Modalità di Frequentazione

☐ presenziale ☐ on line

Ai sensi del Regolamento EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali Aghape provvederà al trattamento dei dati da Lei forniti esclusivamente per gli adempimenti dell'iniziativa in oggetto. In caso di rinuncia notificata 7 giorni prima dell'inizio del corso la quota versata non è più rimborsabile.

Data ---------- Firma ----------