

Scheda di iscrizione al MASTER CLINICO IN ANALISI DELLA VISIONE BINOCULARE 2021/2022- Bologna

La presente scheda di iscrizione potrà essere inviata anche al fax 051481526 o tramite e-mail all'indirizzo segreteria@istitutozaccagnini.it

Spett.le Istituto Zaccagnini

Dati personali

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ CAP _____ prov. _____ in via _____ n. _____
tel. _____ mobile _____ e-mail _____ cod. fis. _____
titolo di studio _____

Dati per la fatturazione (se da intestare ad azienda)

Intestazione Ditta _____ Via _____ n. _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____ Telefono _____ e-mail _____
fax _____ P. Iva o Cod. Fis. _____ Cod. destinatario (SDI) _____ PEC _____

a titolo di caparra confirmatoria verso la quota di preiscrizione di € 250,00 che costituisce acconto della quota definitiva in base a quanto sotto riportato

Quote d'iscrizione e frequenza (barrare la casella di riferimento)

€ 1.200,00+IVA (€ 1.464,00) di cui € 250,00 come caparra confirmatoria, € 366,00 entro l'avvio del corso e 2 ratei di €424,00 con scadenza 31/12/2021 e 31/01/2022.

Ex stud. Ist. Zaccagnini € 900,00+IVA (€ 1.098,00) di cui € 250,00 come caparra confirmatoria € 366,00 entro l'avvio del corso e 2 ratei di € 241,00 con scadenza 31/12/2021 e 31/01/2022.

Soci ADOO, AILAC, ALOeO, Federottica e SOptI € 1.100,00+IVA (€ 1.342,00) di cui € 250,00 come caparra confirmatoria € 366,00 entro l'avvio del corso e 2 ratei di € 363,50 con scadenza 31/12/2021 e 31/01/2022.

A tal fine allego a titolo di conferma:

Assegno non trasferibile di € _____, _____ intestato a Istituto Benigno Zaccagnini srl

Copia Bonifico Bancario a Banca BPER Ag.8 Bologna IBAN IT07H0538702408000000561600 di € _____, _____ intestato a Istituto Benigno Zaccagnini srl

Condizioni generali di adesione

L'Istituto Zaccagnini si riserva la facoltà di inviarLe la conferma dello svolgimento del corso entro 5 giorni feriali precedenti la data di avvio del corso. In caso di mancato svolgimento per mancato raggiungimento del n. minimo di iscritti pari a quindici (15), cause o volontà dipendenti dall'Istituto Zaccagnini srl la quota sarà interamente restituita.

Data _____

Firma per accettazione _____