



Academy School of Practical aEsthetic Medicine

MODULO DI ISCRIZIONE

Io sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____

Prov. _____ Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

Nato/a il _____ a _____

C.F. _____

P.IVA _____

Laureato in Medicina e Chirurgia/Odontoiatria e nell'anno accademico _____

Presso l'Università degli Studi di _____

Iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con N. _____

Chiedo di essere iscritto/a al I Anno del Master di Medicina Estetica dell'ASPEN per l'anno 20___/20___



Academy School of Practical aEsthetic Medicine

MODALITA' DI PAGAMENTO

Per il primo anno medici:

1^ rata di € 1.150,00 + IVA al ricevimento della lettera di accettazione al Master

2^ rata di € 1.150,00 + IVA entro il 30 Marzo 2012

Le istruzioni di pagamento verranno indicate nella lettera di accettazione.

Per il primo anno odontoiatri:

1^rata di € 1.000,00 + IVA al ricevimento della lettera di accettazione al Master

2^rata di € 1.000,00 + IVA entro il 30 Marzo 2012

Le istruzioni di pagamento verranno indicate nella lettera di accettazione.

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DEL DOCUMENTO E DI ACCETTARLO NELLA SUA INTERESSA

DATA _____ FIRMA _____

Ai sensi e per effetto dell'art. 10 e seguenti del decreto legislativo 30 Giugno 2003 n. 196, si informa che i dati personali richiesti dall'ASPEM sono indispensabili ai fini istituzionali e saranno oggetto di comunicazioni o diffusioni ad altri soggetti. Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675/96.

DATA _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____