

ARALDICA - ROMA

Siete pregati di stampare e spedire via Fax o via e-mail al numero 06.4201.6938 il seguente modulo di iscrizione con la fotocopia del bonifico.

GRAZIE

al DIPARTIMENTO FORMAZIONE del Collegio Periti Italiani

IL SOTTOSCRITTO **(in stampatello, grazie)**

Cognome: Nome:

nato a: Provincia: il: 19....

Residente, città: Provincia: CAP

Via: n°

Codice Fiscale: Professione:

Telefono casa: Fax

Tel. Ufficio: **Cellulare:**

e-mail: @

Sei iscritto come perito nei seguenti ruoli?

Tribunale di C.C.I.A.A. di

se altri quali? in quale categoria?

Ragione sociale per la fatturazione ed indirizzo:

Via n° civico

CAP Città Provincia:

Codice Fiscale: Partita IVA:

Dove desideri ricevere posta?

Via n°

Città Prov. CAP

Il soprascritto con la presente chiede di iscriversi al CORSO in ARALDICA - ROMA

Dichiaro di aver versato la quota di **Euro 200,00 (IVA compresa)** tramite bonifico bancario sul c/c intestato a:**EXPERT CFM S.c.r.l.**

presso: Banca Popolare di Sondrio, ag. 26 di Roma sul c/c n° 000003582X31

coordinate IBAN IT30Y0569603226000003582X31**(CIN Y) (ABI 05696) (CAB 03226) (C/C 000003582X31)**

Data, / / 2017

(Firma leggibile)

Stampa questo modulo, compilalo e **spediscilo via Fax o via e-mail al n° 06.4201.6938 con la fotocopia del bonifico. GRAZIE**

L'iscritto che non potendo partecipare al corso avvisi via fax/e-mail la segreteria entro le 24h precedente al seminario della sua impossibilità ad intervenire avrà diritto di partecipare al medesimo seminario in un futuro ciclo.

Prendo atto che i miei dati saranno inseriti nell'archivio elettronico del Collegio Periti Italiani con totale garanzia di riservatezza. I dati saranno utilizzati per l'invio di comunicazioni strettamente inerenti all'attività del Collegio Periti Italiani. Ai sensi dell'art. 13 della legge 675/96 sulla tutela della privacy, in qualsiasi momento ho la possibilità di richiedere la rettifica e/o la cancellazione degli stessi.