ANDI Varese – Associazione Nazionale Dentisti Italiani	**MD 02.01 Modulo DI CONFERMA ISCRIZIONE** rev.0

FATTURAZIONE:
dati dello Studio e del MEDICO

STUDIO _____

Cognome _____ Nome _____

❑ Socio ANDI ❑ non Socio ANDI ❑ (altro) _____

Indirizzo completo_____

Cap _____ Città _____(_____)

Tel _____ Cell. _____CODICE UNIVOCO per fattura_____

Email _____

P.IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cod. Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo e data di nascita _____ ____/ ___/ _____

I corsi si terranno presso: **C.V.Z. ANTINCENDI Srl – Via Volterra, 14 – BUSTO ARSIZIO (VA)**

□ **ANTINCENDIO Formazione base RES** (4 ore dalle 09:00 alle 13:00) **SABATO 23 MARZO 2024**
Quota Socio/Dipendente Socio ANDI **€ 146,40 (IVA COMPRESA)**

□ **ANTINCENDIO Aggiornamento RES** (2 ore dalle 09:00 alle 11:00) **SABATO 13 APRILE 2024**
Quota Socio/Dipendente Socio ANDI **€ 91,50 (IVA COMPRESA)**

I corsi si terranno presso: **BIS HOTEL VARESE-VIA ARNALDO FUSINATO,35**

□**BLS-D Formazione** (5 ore dalle 08:30 alle 13:30) **SABATO 04 MAGGIO 2024**
Quota Socio/Dipendente Socio ANDI **€ 183,00 (IVA COMPRESA)**

□**BLS-D Aggiornamento** (3 ore dalle 8:30 alle 11:30) **SABATO 21 SETTEMBRE 2024**
Quota Socio/Dipendente Socio ANDI **€ 115,90 (IVA COMPRESA)**

Bonifico intestato ad ANDI Varese - BPER Banca Filiale Varese – Via Vittorio Veneto, 2
IBAN: IT 80K0538710804000042442014
INDICARE NELLA CAUSALE LA TIPOLOGIA DI CORSO + NOME/COGNOME PARTECIPANTI

DATI DEL PARTECIPANTE SE DIVERSO DAL MEDICO
(DA COMPILARE PER ASO O ALTRO RUOLO)

Cognome _____ Nome _____

❑ ASO ❑ (altro) _____

Indirizzo_____

Cap _____ Città _____(_____)

Tel _____ Cell. _____

Email _____

Cod. Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo e data di nascita _____ ____/ ___/ _____

REGOLAMENTO

Annullamento

In ipotesi di mancato raggiungimento del numero minimo, ANDI Varese può annullare il corso. All' iscritto verrà restituita per intero la quota già versata ma non avrà diritto a nessun altro rimborso extra quota di iscrizione.

Rimborso per mancata partecipazione

Il partecipante avrà diritto al rimborso della quota di iscrizione versata, autorizzando l'organizzatore a trattenere l'importo di € 20,00 per oneri di segreteria, qualora, non potendo partecipare per motivi personali, comunicherà in forma scritta la propria disdetta entro 7 giorni antecedenti l'inizio del corso.

Il partecipante non avrà invece diritto alla restituzione della quota di iscrizione versata, qualora, non potendo partecipare per motivi personali, non avrà comunicato disdetta nei termini di cui al punto precedente.

INVIARE LA SCHEDA DI ISCRIZIONE compilata chiaramente in ogni sua parte unitamente alla copia contestuale del bonifico a: segreteria@andivarese.it

Si informa che, ai sensi del Reg. UE 2016/679 (GDPR), i dati personali di cui alla presente scheda, ovvero eventualmente acquisiti nel corso delle nostre manifestazioni, saranno trattati da ANDI Varese per le finalità riguardanti l'espletamento degli obblighi di legge e per l'erogazione del servizio.
Potrà far valere i Suoi diritti come espressi dagli artt. 15,16,17,18,19,20,21,22 del Reg. UE 2016/679, rivolgendosi alla nostra sede inviando una mail a segreteria@andivarese.it oppure info@andivarese.it

Per ricevere materiale informativo e comunicazioni dell'Associazione, La preghiamo di fleggare di seguito acconsento o non acconsento:

Acconsento ❐ NON acconsento ❐

Data __ / __ / 2024 Firma .....