

Inviare a Ecipar Bologna
C.A. Coordinatore del corso: Veronica Mazzoni
Mail: v.mazzoni@bo.cna.it
Fax 051 4199750

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____
Codice Fiscale _____ Residente in _____ (Prov) _____
Via/P.zza _____ n. _____ Cap _____
Tel. _____ Cell. _____ E-Mail _____

RAGIONE SOCIALE Azienda:

(Nominativo) _____

(Indirizzo) _____

Azienda Aderente al FART

- SI
- NO

Azienda Socia CNA

- SI
- NO

**DICHIARA DI ESSERE INTERESSATO/A A PARTECIPARE AL CORSO
CONTRASTARE LA CELLULITE: MASSAGGIO LINFODRENANTE E DLC (Drenaggio Linfatico con Coppette)
come dipendente dell'azienda sopra citata.**

Il pagamento di **€ 70.50** potrà essere effettuato esclusivamente tramite bonifico bancario intestato a Ecipar Bologna s.c.a.r.l. presso EMILBANCA Credito Cooperativo – Ag. Arcoveggio codice **IBAN IT91 J070 7202 4080 3100 0183 196**, specificando:

- titolo del Corso: **MASSAGGIO LINFODRENANTE E DLC**
- Nome della/del Partecipante
- Causale del pagamento: iscrizione corso **MASSAGGIO LINFODRENANTE E DLC**

Io sottoscritto, con la presente, ad ogni effetto di legge e di regolamento ed in particolare ai sensi del D.L.vo n. 196 del 30/06/03 dichiaro che il mio libero, consapevole, informato, specifico ed incondizionato consenso è prestato per il trattamento dei miei dati personali per ricerche di mercato, invio di materiale pubblicitario, svolgimento di attività promozionali da parte dell'ente intestatario, titolare del trattamento dati

Data _____

Firma _____