



A.M.A.B. Associazione Medici Agopuntori Bolognesi SCUOLA ITALO-CINESE DI AGOPUNTURA

accreditata dalla Regione Emilia Romagna delibera n.5050 del 05/04/2017

Il titolo rilasciato ha valore nazionale e ha la stessa valenza del "diploma di master universitario" in Agopuntura

Via Canova, 13 40138 Bologna – Tel. 340/9553985

www.amabonline.it segreteria@amabonline.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO 2017 - 2018

CORSO DI AGOPUNTURA E MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Io sottoscritto Dott./D.ssa _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____
In via/piazza _____ n° _____
Tel.lav. _____ Tel.abit. _____ Fax _____
Cell. _____ E-mail _____
Cod.Fisc. _____ P.Iva _____
Luogo di lavoro _____
Laureato/a in Medicina e Chirurgia all'Università di _____ anno _____
Iscritto presso l'Ordine dei Medici di _____ n° _____
Specializzato in _____

dichiaro quanto sopra valendomi della facoltà stabilita dall'Art.2 della legge 15 del 4/1/68, consapevole delle pene stabilite dalla legge in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni.

CHIEDO alla Vostra Scuola di essere iscritto/a al primo anno del corso di Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese per l'anno Accademico 2017/2018.

In merito alla presente richiesta effettuerò il pagamento della quota annuale di

€1900,00 (esente iva ex art. 10 c. 1 n. 20 Dpr 633/72) + **€60,00** di quota associativa A.M.A.B.

(Associazione Medici Agopuntori Bolognesi) e F.I.S.A. (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura)

per un totale di **€1960,00**:

in unica soluzione entro il 7 dicembre 2017;

in due rate (€1.300,00 entro il 7 dicembre 2017 + €660,00 entro il 23 febbraio 2018);

o per Neolaureati (2015 -2016 -2017) con la quota in unica soluzione di **€1.360,00**

tramite bonifico bancario intestato a:

Medicina e Tradizione srl Via Poggio Maggiore 11 40060 Pianoro Vecchio (BO)

Unicredit Banca IBAN IT 03 P 02008 37002 000100595513

_____ il _____ Firma _____

Ai sensi del DLGS n. 196/2003 relativo alla "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" dichiaro di autorizzare Medicina e Tradizione srl ad inserire i miei dati nei propri archivi cartacei ed elettronici e ad utilizzarli, oltre che per gli adempimenti di legge, anche per scopi informativi e promozionali. A norma di legge potrò avere accesso ai dati suddetti in ogni momento e richiederne la cancellazione.

_____ il _____ Firma _____

Inviare via mail il modulo compilato a: segreteria@amabonline.it (insieme ad una foto in formato .jpeg) e spedire il modulo cartaceo ad: A.M.A.B. (Associazione Medici Agopuntori Bolognesi) – Scuola Italo Cinese di Agopuntura Via Antonio Canova, 13 40138 Bologna