



Formazione Superiore sulle Patologie Cranio-cervicali applicata alla RPG

ROMA, 26 – 29 MARZO 2012

SEDE DEL CORSO: Petra Hotel & Residence – Via Sante Vandi 124 – Roma

SEGRETERIA SCIENTIFICA: A.i.r.a.r. – Via Aurelia, 559 – 00165 Roma

Tel/Fax: 06/6621768

E-mail: airar@airar.it

QUOTA D'ISCRIZIONE: 500 Euro

NUMERO MASSIMO DI PARTECIPANTI: 40

TITOLO DI STUDIO RICHIESTO: diploma di laurea o laurea in fisioterapia e specializzazione in Rieducazione Posturale Globale secondo metodo di Philippe E. Souchard.

MODALITA' D'ISCRIZIONE: la scheda d'iscrizione dovrà essere compilata interamente, scrivendo bene i caratteri del codice fiscale e dopo averla firmata, potrà essere inviata al numero di fax 06/6621768 o via e-mail all'indirizzo airar@airar.it.

Allegare alla scheda d'iscrizione attestato di corso base in Rieducazione Posturale Globale rilasciato dal Professor Philippe E. Souchard.

Le iscrizioni saranno accettate rispettando la cronologia di arrivo. Esse dovranno essere accompagnate dalla ricevuta del relativo pagamento.

MODALITA' DI PAGAMENTO: bonifico bancario

A favore dell' A.i.r.a.r. – Banca Popolare di Sondrio Ag. 26

IBAN: IT93 Y056 9603 2260 0000 2227X34

ECM: pur essendo prevista, da parte dell'A.i.r.a.r., la richiesta per accreditamento nell'ambito del programma di Educazione Continua in Medicina, ad oggi risulta impossibile inoltrare le pratiche necessarie alla richiesta Ecm, per temporanea sospensione degli inserimenti e delle validazioni degli eventi che si svolgeranno a gennaio.

Firma per conoscenza

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome: _____	Nome: _____
Data di Nascita: _____	Luogo di nascita _____

Codice
Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza in Via _____
CAP: _____ Città _____ Provincia _____

Dati intestazione fattura (se diversi dai precedenti)																				
Ragione Sociale _____																				
Codice fiscale:																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
P. Iva:																				

Tel. _____ Cell. _____
Fax _____ @ _____

Professione: fisioterapista

Dichiaro di aver conseguito il titolo di studio richiesto: diploma di laurea o laurea in fisioterapia e autorizzo l' A.i.r.a.r. al trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D. lgs. 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati della persona.

Data

Firma