

SCHEDA DI ISCRIZIONE COSTELLAZIONI FAMILIARI

CON DOTT. EMANUELE ARLETTI

**DATE DISPONIBILI ANNO 2025**

* **Sabato 25 Gennaio (**Orario 14-19**)** **Riparti da Te Academy** - *Parma viale San Martino 8*
* **Sabato 29 Marzo (**Orario 9-13,30**) Centro Quintessenza** – *Parma Via Parigi 19/c*
* **Sabato 21 Giugno (**Orario 14-20**) Centro Quintessenza** – *Parma Via Parigi 19/c*
* **Sabato 27 Settembre** **(**Orario 14-20**)** **Centro Quintessenza** – *Parma Via Parigi 19/c*
* **Sabato 22 Novembre (**Orario 14-20**) Centro Quintessenza –** *Parma Via Parigi 19/c*

\*\*\* Inviare la scheda compilata via mail all’indirizzo e.arletti@quintessenza.net \*\*\*

NOME COGNOME

RESIDENTE IN VIA N.CIVICO CAP LUOGO

COD.FISCALE MAIL

TELEFONO

**Chiedo di essere iscritta/o al seminario di “Costellazioni Familiari” nella/e data/e e nelle sedi elencate in precedenza barrando la seguente casella:**

**□** *Sabato 25 Gennaio 2025*

**□** *Sabato 29 Marzo 2025*

**□** *Sabato 21 Giugno 2025*

**□** *Sabato 27 Settembre 2025*

**□** *Sabato 22 Novembre 2025*

* Il costo del corso è di 120 euro per i ***Costellanti (7 posti disponibili)*** e di 60 euro per i ***Partecipanti (6 posti disponibili)*** \*\*

*-* Dati i posti limitati, l’ordine d’iscrizione sarà stabilito in base alla data del versamento della caparra \*\*

- Per prenotare la partecipazione al corso e il proprio posto, il pagamento dovrà essere effettuato entro e non oltre 7 giorni prima della data di inzio del seminario **\***\*

**Scelgo la seguente modalità di pagamento**

* + Bonifico intestato a: **Emanuele Arletti**. Causale: **Corso di Gruppo Costellazioni Familiari**

**IBAN:** IT50F0200812708000040401536 (inviare copia del bonifico a e.arletti@quintessenza.net)

* + Pagamento diretto in contanti o con Pos che si può effettuare presso Centro Quintessenza (contattare il Dott.Emanuele Arletti al N° **340/7467940** o la Dott.ssa Elisabetta Paolini al N° **348/3036256** o via mail all’indirizzo **e.arletti@quintessenza.net** per concordare giorno e orari).

**Scelgo di partecipare al seminario come**

* + **COSTELLANTE** □ **PARTECIPANTE**

*\*\* Solo nel caso in cui il corso di gruppo “Costellazioni Familiari” non dovesse iniziare, verrà restituito interamente il costo complessivo del corso*

*\*\* In caso di non partecipazione non verrà restituito il costo del corso, ma è possibile far partecipare un’altra persona al proprio posto.*

*Con la sottoscrizione della presente si consente il trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento UE 2016/679.* ***Non è richiesta*** *l’autenticazione della firma.*

***DATA FIRMA***