



**SCHEDA DI ISCRIZIONE
COSTELLAZIONI FAMILIARI
CON DOTT. EMANUELE ARLETTI**

DATE DISPONIBILI ANNO 2024

- **Sabato 03 Febbraio (Orario 9-13)**
- **Sabato 06 Aprile (Orario 14 - 19)**
- **Sabato 08 Giugno (Orario 14 - 19)**
- **Sabato 5 Ottobre (Orario 14 - 19)**
- **Sabato 14 Dicembre (Orario 14 - 19)**

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

NOME

COGNOME

NATO/A a

IL

RESIDENTE IN VIA

N.CIVICO

LUOGO

COD.FISCALE

MAIL

TELEFONO

Chiedo di essere iscritta/o al seminario "Costellazioni Familiari", che si terrà presso Centro Quintessenza a Parma, Via Parigi 19/c, in data:

- Sabato 3 Febbraio 2024*
- Sabato 6 Aprile 2024*
- Sabato 8 Giugno 2024*
- Sabato 5 Ottobre 2024*
- Sabato 14 Dicembre 2024*

- Il costo del corso è di 120 euro per i **Costellanti (6 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 5 giorni prima della data di inizio 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