



Corso di Formazione e Informazione

Modulo di Iscrizione

Il sottoscritto/la sottoscritta:

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ Il: _____ Residente in: _____

N.: _____ CAP: _____ Località: _____ Provincia: _____

Centro Estetico/Medico: _____

Tel. : _____ Cell.: _____

E-mail : _____

Chiede l'iscrizione al corso di :

Formazione e Informazione Q Italy.

CONDIZIONI CONTRATTUALI:

Con l'adesione al seguente modulo il sottoscritto autorizza espressamente la Q Italy S.r.l. a inviare informazioni a mezzo fax, posta, e-mail ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 D.L. 13/5/1998 n.171, Informativa D.lgs 196/2003. Il trattamento dei suoi dati personali viene svolto per gestione interna e comunicazioni, nel rispetto di quanto stabilito dalla legge sulla privacy; non saranno comunicati a terzi e in qualsiasi momento potrà chiederne la modifica o la cancellazione. In caso di disdetta del partecipante, questa dovrà pervenire entro e non oltre le 72 ore antecedenti all'incontro.

Luogo e data _____

Firma _____

Q Italy
Via Gagarin 177 _ 61122 Pesaro
tel. +39 0721 25198
fax +39 0721 220372
www.q-italy.it _ info@q-italy.it

