



Ente accreditato presso il Ministero di Giustizia con PDG n° 288



Ente accreditato presso il Ministero di Giustizia con PDG n°330

MODELLO DI PRESCRIZIONE

Il sottoscritto.....nato a

il residente in.....

codice fiscale p.iva

tel. cellulare

e-mail

titolo di studio.....professione.....

CHIEDE

di prescriversi al corso di Mediazione Familiare di cui dichiaro di conoscere e di accettare modalità, programma e costo come riportato
dichiaro di versare l'acconto previsto tramite:

- contanti di € 100,00
- bonifico bancario di € 100,00 intestato a **ADR MED S.r.l.** – Via G. D'Avossa, 5 – 84126 Salerno, IBAN: Banco di Napoli - IT15D0101015214100000000665 specificando la causale dello stesso (Iscrizione al Corso di Mediatore civile e commerciale che si terrà a ... il ...)

Invio il presente modulo, compilato in ogni sua parte tramite:

- fax al numero 089/3867805 , 0662294988
- e-mail al adrmadsrl@gmail.com; formazione@formmedgef.it

Dichiaro inoltre di conoscere ed accettare i seguenti punti:

- 1) La presente prescrizione si intende perfezionata solo al momento del ricevimento da parte del discente dell'acconto, che dovrà pervenire almeno **15 giorni** prima dell'inizio del corso;
- 2) Il saldo dovrà avvenire **5 giorni** prima dell'inizio del corso, o quantomeno il pagamento di almeno il 50% del costo ed il saldo entro la fine del corso;
- 3) Il corso verrà confermato al raggiungimento del numero minimo di partecipanti (10). In caso contrario verrà spostato e l'iscritto avrà facoltà di dare propria adesione per qualsiasi altra data successiva, anche in altra sede, oppure di rinunciare. In tal caso **ADR MED S.r.l.** restituirà integralmente l'acconto ricevuto.
- 4) Il costo complessivo del corso è di **€ 1.500,00** (millecinquecento/00) esente IVA comprende le ore di lezione, eventuali dispense, materiale didattico e brochure. Sono a carico dell'iscritto tutte le altre spese relative allo spostamento per raggiungere la sede del corso, il vitto e l'alloggio.

luogo e data

Firma leggibile

.....

.....



Ente accreditato presso il Ministero di Giustizia con PDG n° 288



Ente accreditato presso il Ministero di Giustizia con PDG n°330

Nome Cognome

Preso atto di essere stato informato delle modalità e degli scopi del trattamento ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, da il consenso a **ARD MED S.r.l. e FORMMED G&F** per il trattamento e la comunicazione dei dati personali necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

La presente preiscrizione si compone di numero due pagine.

luogo e data

Firma leggibile

.....

.....