

SCHEDA D' ISCRIZIONE alla "Presentazione ENF " da consegnare o inviare via fax al **030 9698320**  
o via email a: [info@fasttherapies.it](mailto:info@fasttherapies.it) Per informazioni telefonare al **348 2243639**.

## "Corso Base - presentazione ENF"

**Luogo:** .....

**Data:** .....

L'iscrizione si intende perfezionata se questa scheda viene compilata e sottoscritta per accettazione e quindi consegnata o inviata via fax al 030 9698320 o via email a: [info@fasttherapies.it](mailto:info@fasttherapies.it) Per informazioni telefonare al 348 2243639.

**Modalità di disdetta da applicare solo se il corso è a pagamento.**

E' attribuito a ciascun partecipante il diritto di recedere ai sensi dell'art. 1373 Cod. Civ., che dovrà essere comunicato con disdetta da inviare via fax al numero 030 9698320 e potrà essere esercitato con le seguenti modalità:

a) fino a 7 giorni prima dell'inizio del corso, il partecipante potrà recedere senza dovere alcun corrispettivo, e pertanto si provvederà al rimborso dell'intera quota di iscrizione, se già versata;

b) oltre il termine di cui sopra e fino al giorno di inizio del corso, il partecipante può recedere pagando un corrispettivo pari al 30% della quota di iscrizione, che potrà essere trattenuto, se la quota è già stata versata. Verrà poi emessa la relativa fattura. Ai sensi dell'Art.1341 C.C. si approva espressamente la clausola relativa alla disdetta.

**Legge n° 675/96 - Tutela della privacy.**

I suoi dati sono trattati in forma automatizzata al solo fine di prestare il servizio in oggetto. Il conferimento di dati è facoltativo: in mancanza tuttavia, non potremo dar corso al servizio. I suoi dati non saranno divulgati. Titolare e responsabile del trattamento dei dati personali è Somenzi Guido, Via D. Comboni, 53 25010 Rivoltella del Garda (BS). Potrà esercitare i diritti di cui all'art. 13 rivolgendosi al sopraindicato responsabile del trattamento dei dati personali.

Questa adesione dà diritto a ricevere senza impegno offerte di prodotti e servizi distribuiti da Fast Therapies. Se non desidera riceverle, barri la casella qui accanto.

=====  
**Cognome e Nome:**

=====  
**Attività / Azienda:**

Indirizzo:

Cap:

Comune:

Prov.:

=====  
**Cellulare:**

=====  
**Telefono:**

Fax:

E-mail:

=====  
**Altri partecipanti:**

=====  
**Cellulare:**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_