

# CEDOLA D'ISCRIZIONE

Nome :		Cognome :	
Data di Nascita :		Luogo di Nascita :	
Città :		Indirizzo Personale :	
E-mail :		C.A.P. :	Provincia :
Telefono/Cellulare :		Cod. Fisc. :	

## DESIDERO PARTECIPARE ALLA SESSIONE

**A** MARZO    
  **B** MAGGIO    
  **C** NOVEMBRE

Prima di effettuare l'iscrizione telefonare o inviare e-mail alla segreteria organizzativa per verificare la disponibilità dei posti

## CONFERMO LA MIA ADESIONE AL CORSO PRATICO DI IGIENE ORALE

ACCETTANDO LE CONDIZIONI DEL REGOLAMENTO ARDEC ACADEMY E DICHIARANDO DI ESSERE:

<input type="checkbox"/> IGIENISTA DIPLOMATO/A	<input type="checkbox"/> IGIENISTA LAUREATO/A	<input type="checkbox"/> ODONTOIATRA
<input type="checkbox"/> STUDENTE CLID	<input type="checkbox"/> STUDENTE CLOPD	
<input type="checkbox"/> DESTRO/A	<input type="checkbox"/> MANCINO/A	<input type="checkbox"/> AMBIDESTRO/A

Data : \_\_\_\_\_ Firma : \_\_\_\_\_

## PER L'ISCRIZIONE SEGUIRE LA SEGUENTE PROCEDURA:

Inviare tramite e-mail ad [info@ardec.it](mailto:info@ardec.it) la presente cedola compilata e la copia dell'ordine di bonifico bancario a favore di:

Antonella Tani BPER IBAN IT71D0538724200000003242987  
 Causale: Corso Pratico di Igiene Orale (indicare la sessione scelta)

COME È VENUTO/A A CONOSCENZA DI QUESTO CORSO? .....

## INTESTAZIONE FATTURA

Ragione Sociale :		Indirizzo :	
Città :		C.A.P. :	Provincia :
Telefono :	P. IVA :	C.F. :	

CODICE SDI o INDIRIZZO PEC per fatturazione Elettronica: \_\_\_\_\_

REGIME                                      ORDINARIO     FORFETTARIO     PERSONA FISICA

HO PRESO VISIONE E ACCETTO LE CONDIZIONI DEL REGOLAMENTO (PAG.13 DELLA BROCHURE).

Per informazioni sede Ardec Academy Viale Pascoli 67 47923 Rimini (RN) Tel 0541 393444 - Email: [info@ardec.it](mailto:info@ardec.it) - [www.arminum.eu](http://www.arminum.eu)

  
 IGIENISTA DENTALE

Data e Firma : \_\_\_\_\_