



Paroleincercchio

SCHEDA ISCRIZIONE CORSO

da inviare via fax (095/372124) o mail (paroleincercchio@yahoo.it) alla segreteria organizzativa di Paroleincercchio
previa telefonata alla segreteria per accertare la disponibilità di posti (349/2969356 oppure 366/1853347)

“AUDITORY-VERBAL THERAPY

CORSO TEORICO-PRATICO DI I LIVELLO

SULLA TERAPIA Uditivo-Verbale (AVT)

Catania, 25 – 26 maggio 2012

SEDE DA DEFINIRE

COGNOME E NOME
QUALIFICA
INDIRIZZO: Via/Piazza n°
Città Prov. C.A.P.
Tel. Fax
Mail
LUOGO DI NASCITA
DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE
PARTITA IVA

Iscrizione mediante bonifico sul c/c N. 1/000007000365 **IBAN IT 92K0301916900000007000365**

intestato a: “Associazione Paroleincercchio”- Via Anapo, 18 - 95127 CATANIA CT - Banca Credito Siciliano S.p.A. 95131 Catania (CT) - Ag. 1 - Via S. Euplio, 13

CAUSALE: ISCRIZIONE al CORSO “Auditory Verbal Therapy – Corso teorico-pratico di I livello sulla terapia uditivo-verbale (AVT)”

Quota (sbarrare il corrispondente versato per l’iscrizione al corso):

Logopedista socio ALS, SSLI e Associazioni Logopedisti federate FLI € 260 + IVA

Logopedista non socio € 300 + IVA

Studente C. di L. in Logopedia (senza crediti ECM): € 150 + IVA

La fattura deve essere intestata a:

Nome e cognome (o ragione sociale se si tratta di Ente)

Indirizzo Via/Piazza n°

Città Prov. C.A.P.

Partita IVA Codice Fiscale

Ai sensi del Dlgs 196/2003, art. 13, autorizzo il trattamento dei miei dati personali

Data: **Firma:**

Associazione Paroleincercchio

Via Anapo, 18 - 95127 CATANIA CT

Tel. e Fax: 095/372124 – 349/2969356

Mail: paroleincercchio@yahoo.it