



## STRATEGIC THERAPY CENTER

Piazza S. Agostino, 11 - 52100 – Arezzo Tel: + 39 0575 350240 - fax: +39 0575.350 277 E mail info@problemsolvingstrategico.it  
[www.centroditerapiastrategica.org](http://www.centroditerapiastrategica.org) [www.problemsolvingstrategico.it](http://www.problemsolvingstrategico.it)

# SCHEDA D'ISCRIZIONE

## CONFERMA DI PARTECIPAZIONE A

Titolo dell'evento/corso: **Workshop CREARE DAL NULLA con Giorgio Nardone**

Data **11 Aprile 2010**. Luogo: **Relais Hotel La Solaia Monte San Savino - Arezzo**

e pagherò la quota di €.....

### DATI PERSONALI

Nome e Cognome: ..... Luogo e data di nascita: .....  
Residente in via/piazza: ..... N°:.....  
Città: ..... C.a.p.: ..... Tel..... Cell.:.....  
E-mail: .....qualifica: .....  
azienda .....Ho saputo dell'evento attraverso: .....

### DATI INTESTAZIONE FATTURA (obbligatoria per tutti gli iscritti)

Intestazione: ..... Indirizzo: .....  
Città: .....Prov.: ..... C.a.p.: ..... Tel.: .....  
Fax: ..... Partita IVA o Cod. fiscale: .....

### MODALITÀ DI ISCRIZIONE E CONDIZIONI

#### MODALITÀ DI PAGAMENTO

**Bonifico Bancario** (INDICANDO NELLA CAUSALE IL NOME DEL PARTECIPANTE E IL TITOLO DELL'EVENTO)

- a favore di STRATEGIC THERAPY CENTER

UNICREDIT BANCA DI ROMA, via G. Monaco – Arezzo - IBAN IT 19 CIN U ABI 03002 CAB 14113 C/C 000029355589 SWIFT BROMITR1J50

**Assegno Bancario** N° ..... di Euro ..... intestato a Strategic Therapy Center e non trasferibile.

**LA SCHEDA D'ISCRIZIONE VA REDATTA E INVIATA VIA FAX A: +39 0575.350 277**

**OPPURE VIA POSTA ORDINARIA A : STRATEGIC THERAPY CENTER PIAZZA S. AGOSTINO, 11 - 52100 – AREZZO**

#### CONDIZIONI:

- 1) La presente iscrizione si riterrà perfezionata all'avvenuto pagamento dell'importo totale. Il partecipante si impegna a saldare il dovuto entro e non oltre la data di inizio dell'evento.
- 2) L'iscrizione è vincolante se non disdetta con fax, lettera raccomandata o personalmente almeno 20 giorni prima della data d'inizio dell'evento. In caso di disdetta nei termini sopra indicati o di annullamento del corso la somma versata dal partecipante verrà interamente restituita.
- 3) Lo Strategic Therapy Center si riserva la facoltà di rinviare e/o annullare il corso/workshop programmato dandone tempestiva comunicazione agli iscritti.
- 4) In caso di disdetta o mancata partecipazione al corso, non segnalata nei termini sopra indicati, Strategic Therapy Center è autorizzata a trattenere l'importo totale della quota versata e le somme potranno essere comunque utilizzate dal partecipante per qualsiasi altra attività svolta dall'Istituto a scelta del partecipante.
- 5) Trattamento dei dati: le informazioni raccolte saranno inserite e conservate nella nostra banca dati e utilizzate per l'invio gratuito di documentazione sui corsi di Strategic Therapy Center Ex Art.13 D.Lgl.196/2003. Qualora non si desidera ricevere ulteriori comunicazioni barrare la casella riportata qui accanto

Data: ..... Firma: .....

Per specifica approvazione delle clausole 1,2, 3,4,5,6 (art. 1341 C.C. Il Comma) Firma: .....

Autorizzo StrategicTherapy Center a riprendere in video a scopo didattico e non divulgativo l'evento in oggetto

Firma: .....