

Scheda di Iscrizione al corso
TERAPIA MANUALE IN GRAVIDANZA E NEL POST-PARTUM

Docente **Dott. David Sanchez Rienda DO**

1-2-3 marzo 2019

Osteopathic College via Valdirivo, 42 - 34122 Trieste

Codice Evento: EFTMGP201902 - Termine ultimo di iscrizione: 18 febbraio 2019

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

Nato/a a _____ il _____

Titolo di Studio _____

Attività lavorativa _____

Desidero iscrivermi e partecipare al corso: "TERAPIA MANUALE IN GRAVIDANZA E NEL POST-PARTUM" organizzato dall'Osteopathic College, di cui dichiaro di aver ricevuto corretta e completa informazione.

Dichiaro di essere:

Fisioterapista Ostetrica

Desidero effettuare il pagamento con la seguente modalità:

Soluzione Unica: Euro 500,00 + IVA (Euro 610,00) entro il 18.02.2019

Soluzione Rateale:

- Acconto: Euro 200,00 + IVA (Euro 244,00) entro il 18.02.2019
- Saldo: Euro 300,00 + IVA (Euro 366,00) entro il 22.02.2019

RICHIESTA CREDITI ECM SI NO

Autorizzo, ai sensi del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 GDPR, l'Osteopathic College S.r.l. al trattamento dei miei dati personali, ai fini della partecipazione agli Eventi, per comunicazioni sui servizi offerti e per elaborazioni amministrative.

Data _____ Firma (leggibile) _____

Si prega di compilare con scrupolo il modulo di pagina 2, relativo ai dati per la fatturazione elettronica obbligatoria.

DATI PER LA FATTURAZIONE ELETTRONICA OBBLIGATORIA

La Legge n. 205 del 27 Dicembre 2017 ha introdotto l'**obbligo di fatturazione elettronica**.
A partire dal **1 Gennaio 2019** le fatture emesse dovranno essere inviate tramite il Sistema di Interscambio (SDI) dell'Agenzia delle Entrate in formato XML.

MODULO COMUNICAZIONE DATI PER CREAZIONE ANAGRAFICHE

TITOLARI DI PARTITA IVA			
Società (denominazione e ragione sociale):	_____		
Ditta individuale (denominazione) o professionista:	_____		
Regime fiscale:	ORDINARIO	FORFETTARIO	MINIMO
Codice fiscale:	_____		
Partita iva:	_____		
Sede o residenza (via, cap, città, provincia):	_____		
E- mail:	_____		
Pec:	_____		
Telefono:	_____		
CODICE DESTINATARIO:	_____		

PRIVATI (NON titolari di Partita Iva)	
Cognome e Nome:	_____
Codice fiscale:	_____
Residenza (via, cap, città, provincia):	_____
E- mail:	_____
Pec (se in suo possesso):	_____
Telefono:	_____
CODICE DESTINATARIO: (se in suo possesso)	_____

Si prega di comunicare **tempestivamente** le variazioni dei dati sopraindicati al fine dell'aggiornamento delle anagrafiche.