

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa

Nato/a a Prov.....

Il.....

Residente in via/piazza, numero civico

Comune di Prov..... CAP.....

Tel..... Cell..... E-Mail.....

C.F.....

Partita IVA.....

Laureato/a in.....

Studente in

Conseguito nell'anno.....

Presso l'Università.....

Iscritto/a all'ordine..... della provincia di

CHIEDE

l'iscrizione al 1° anno di corso del corso in Medicina Omeopatica presso l'Associazione Omeopatia Mediterranea S.F.E.R.H.A. Via Guantai Nuovi 30, 80132 Napoli

Quote di Iscrizione per ogni anno:

- per i nuovi iscritti 700 euro + 100 euro di quota associativa
- per chi è già in possesso del diploma di Medico Omeopatico 400 euro + 100 euro di quota associativa
- per gli studenti 300 euro + 100 euro di quota associativa

1° (50%) quota all'atto dell'iscrizione entro il 30 settembre 2020

2° quota entro il 31 gennaio 2021

Allegare:

- *Fotocopia del Documento di riconoscimento*
- *Fotocopia del Codice Fiscale*
- *Fotocopia del Diploma di Laurea (per gli studenti: autocertificazione di iscrizione all'Università con superamento del quarto anno)*
- *Fotocopia del bonifico Bancario a favore di:
Omeopatia Mediterranea S.F.E.R.H.A.
Banca Monte dei Paschi di Siena C/C 7268366
IBAN IT 40F0103003400000007268366*

Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 196 del 30 giugno 2003

Data.....

Firma.....