

**Scheda di Iscrizione al corso Postgraduate  
MEDICINA OSTEOPATICA INTEGRATA:  
IL SISTEMA GASTROINTESTINALE, L'OSTEOPATIA E  
L'ALIMENTAZIONE ORGANO DIPENDENTE**

Docenti **dott. Roberto Pagliaro DO, dr.ssa Annarita Aiuto**

**1° Seminario: 31 gennaio/ 1-2 febbraio 2020**

**2° Seminario: 5-6-7 giugno 2020**

**Osteopathic College via Valdirivo, 42 - 34122 Trieste**

**Codice Evento: PGM0I202001 - Termine ultimo di iscrizione: 20 gennaio 2020**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Titolo di Studio \_\_\_\_\_

Attività lavorativa \_\_\_\_\_

*Desidero iscrivermi e partecipare al corso: "MEDICINA OSTEOPATICA INTEGRATA: IL SISTEMA GASTROINTESTINALE, L'OSTEOPATIA E L'ALIMENTAZIONE ORGANO DIPENDENTE" organizzato dall'Osteopathic College, di cui dichiaro di aver ricevuto corretta e completa informazione.*

*Dichiaro di essere:*

Osteopata D.O., conseguito presso: \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

Studente in Osteopatia al V o al VI anno presso la seguente Scuola: \_\_\_\_\_

*Desidero effettuare il pagamento con la seguente modalità:*

*Soluzione Unica (SCONTO 20%): Euro 800,00 + IVA (Euro 976,00) entro il 20 gennaio 2020*

*Soluzione Rateale:*

- **1° Seminario: euro 500,00 + IVA (Euro 610,00) entro il 20 gennaio 2020**
- **2° Seminario: euro 500,00 + IVA (Euro 610,00) entro il 25 maggio 2020**

*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:	_____		
<b>CODICE DESTINATARIO:</b>	_____		

PRIVATI (NON titolari di Partita Iva)	
Privati (cognome e nome):	_____
Codice fiscale:	_____
Residenza (via, cap, città, provincia):	_____
E- mail:	_____
Pec (solo se in suo possesso):	_____
Telefono:	_____
<b>CODICE DESTINATARIO:</b> (solo se in suo possesso)	_____

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