ASSOCIAZIONE CULTURALE SERENDIPITA'

DOMANDA DI ISCRIZIONE AI SEMINARI

Titolo seminario	
Data seminario	
Sede seminario	

Nome	
Cognome	
Indirizzo/Cap	
Città	
Indirizzo e-mail	
Telefono	
Professione	

Il presente modulo va compilato e inviato via mail al responsabile dell'organizzazione dell'evento all'indirizzo informazioni@serendipita.it, unitamente alla ricevuta che attesti il versamento dell'acconto previsto.

L'iscrizione all'evento si intende perfezionata al ricevimento da parte dell'Associazione della ricevuta di versamento della quota in acconto prevista.

Coordinate bancarie per il pagamento:	
Bonifico Bancario:	***Associazione culturale Serendipità***
Sede Legale	***Via Salgari n. 4 – Mozzo (BG)***
Codice Iban	**IT 33 R 03032 11100 010000428347** ***Credem Bergamo***

ACCONTI PER L'ISCRIZIONE

Per seminari di **2 giorni acconto € 100,00** per confermare l'iscrizione

La quota restante và versata con bonifico 7 giorni prima dalla data del seminario

Per i seminari di **3 giorni acconto di € 150,00** per confermare l'iscrizione

La quota restante và versata con bonifico 7 giorni prima della data del seminario

Per i seminari di **una settimana acconto di € 250,00** per confermare l'iscrizione

La quota restante và versata con bonifico o può essere pagata in contanti il primo giorno del seminario

ASSOCIAZIONE CULTURALE SERENDIPITA'
Via Salgari n. 4 – 24030 MOZZO (BG)
C.F.: 95229390166 Cell: 347/9102222 – 347/7333115 mail: informazioni@serendipita.it
IBAN: **IT 33 R 03032 11100 010000428347**

In caso di rinuncia all'evento la disdetta dovrà pervenire per iscritto all'Associazione almeno 5 giorni precedenti l'inizio dell'evento; in caso contrario non verrà rimborsata la relativa quota di iscrizione.

Nel caso in cui la disdetta sia pervenuta nei 15 giorni precedenti la data di inizio dell'evento verrà trattenuto dalla quota d'iscrizione il 20% a titolo di rimborso spese amministrative.

L'Associazione si riserva insindacabilmente il diritto di annullare l'evento qualora non venisse raggiunto un numero minimo di partecipanti. Nel qual caso verrà interamente rimborsata la quota di iscrizione.

APPLICATIVA SULL'ATTIVITA' DELL'ASSOCIAZIONE

1. L'Associazione culturale Serendipità non svolge alcuna attività sanitaria e parasanitaria.

2. L'Associazione culturale Serendipità non effettua analisi, psicoterapia o diagnosi mediche di alcun genere.

3. I temi trattati e gli esercizi scritti e dinamici, svolti durante il seminario, non sostituiscono in alcun modo qualsivoglia tipo di terapia medico-chirurgica in corso.

4. Gli esercizi svolti all'interno del seminario e le nozioni impartite sul sistema energetico corporeo, non sono prescrizioni medico-chirurgiche, né tantomeno vogliono essere da esse assimilate. Il personale addetto alla conduzione e/o all'assistenza nei lavori di gruppo, che potrebbe non appartenere al profilo sanitario, non è autorizzato a rilasciare certificazioni o prescrizioni di carattere sanitario.

DICHIARO INOLTRE

5. Di essere in condizioni psicofisiche idonee per lo svolgimento del seminario.

6. Di non assumere sostanze stupefacenti o psicotrope, di non essere sotto l'effetto di alcol o altro.

7. Di sollevare l'Associazione culturale Serendipità per me, nonché per i miei eredi e/o aventi causa, da qualsiasi responsabilità per qualsivoglia danno (anche causato da terzi), che dovesse derivare alla mia persona, in occasione ed a causa delle attività svolte all'interno dei giorni relativi al seminario sopra citato.

8. Di avere attentamente letto e valutato il contenuto del presente documento e di aver compreso chiaramente il significato di ogni singolo punto prima di sottoscriverlo. Di condividere pienamente gli scopi di queste norme stabilite per la mia sicurezza, nella consapevolezza che non rispettarle, può porre, sia me che i miei compagni di corso, in una situazione obiettivamente difficile e problematica per il proseguo del seminario. Agli effetti dell'Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiaro di approvare specificamente i punti 1,2,3,4,5,6,7,8 della presente scrittura.

9. Dichiaro di aver preso visione dell'informativa ex art. 13 Regolamento UE 2016/679 sull'utilizzazione dei miei dati personali

Firma: _____

TESSERA ASSOCIATIVA NUMERO _____ RICEVUTA N. _____

Consenso all'utilizzo dei dati personali:

[ ] Autorizzo oppure **[ ] non autorizzo** il titolare del trattamento dei dati all'utilizzo di immagini fotografiche su siti internet e brochure illustrative

Data e firma:_____

[ ] Autorizzo oppure **[ ] non autorizzo** il titolare del trattamento all'invio di informative dei calendari dei seminari e delle conferenze, mediante lettere, telefono, invio di posta elettronica,

Data e firma:_____

[ ] Autorizzo oppure **[ ] non autorizzo** il titolare del trattamento al trasferimento dei dati personali a Metamedicine per loro autonome attività di marketing.

Data e firma:_____