

**Tagliando  
d'iscrizione**

Titolo Corso:

Data / n° corso:

/

Cognome:

Nome:

Indirizzo privato:

Tel. priv.:

Tel. prof.:

e-mail:

Indirizzo di fatturazione:

Membro ASE

Sì  No

accetto le condizioni generali di partecipazione ai corsi ASE  
([www.ergotherapie.ch](http://www.ergotherapie.ch) , formation, formation continue)

**Senza il suo consenso non possiamo accettare la sua  
partecipazione!**

Data:

Firma: