

**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 , formation, formation continue)

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

Data:

Firma: