

SCHEMA DI ISCRIZIONE

“Segnaletica stradale destinata alle attività lavorative che si svolgono in presenza di traffico veicolare: il D.M. 22/01/19”

Mercoledì 26 giugno 2019

presso l'Agenzia Formativa SOCIP S.r.l. - Via Giuseppe Ravizza, 12 (Località Ospedaletto) Pisa

I campi contrassegnati con “*” sono obbligatori

Il sottoscritt_ (nome e cognome)* _____ nat_ a * _____,
il * _____, codice fiscale * _____, iscritt_ _____
all'Ordine/al Collegio (se già effettuata l'iscrizione)* _____
della provincia di * _____, al n. * _____, tel. _____ cell. _____
fax _____ e-mail * _____ @ _____,

CHIEDE

l'iscrizione all'incontro, che può essere effettuata o versando l'intero importo, pari ad € **63,44 IVA inclusa**, oppure utilizzando il PACCHETTO ORE (in tal caso contattare l'Agenzia Formativa).

Il sottoscritt_ dichiara di essere a conoscenza che il versamento¹ è condizione necessaria per la conferma della prenotazione e che chi ritira l'iscrizione:

- entro le ore 24:00 del 16.06.2019, potrà ricevere la restituzione dell'intera quota;
- entro le ore 24:00 del 21.06.2019, potrà ricevere la restituzione del 50% della quota versata; il restante sarà trasferito, senza incremento, nel PORTAFOGLIO CLIENTE²;
- entro le ore 24:00 del 23.06.2019, avrà l'intera quota versata, senza incremento, nel PORTAFOGLIO CLIENTE²;
- oltre tale data, qualsiasi quota sarà tolta dal PORTAFOGLIO CLIENTE² e pertanto nessuna somma sarà restituita.

La comunicazione di rinuncia all'evento deve avvenire in forma scritta.

In caso di traslazione dell'evento, o annullamento dello stesso, l'iscritto potrà richiedere l'intera quota versata o il suo trasferimento nel PORTAFOGLIO CLIENTE², con un potenziamento della stessa del 5%. La richiesta deve avvenire entro dieci giorni dalla comunicazione della variazione; trascorso tale termine, la quota versata, sarà trasferita, automaticamente, nel PORTAFOGLIO CLIENTE², opportunamente potenziata.

In relazione ai dati personali forniti, il sottoscritt_:

- dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali n. 010.01;
- esprime il consenso al trattamento dei dati rilasciati:
- per la gestione di questo corso (Trattamento T.1955);
 - la gestione di eventuali iniziative future alle quali si iscriverà o per le quali manifesterà il proprio interesse;
 - per essere informato su iniziative future che potrebbero essere di suo interesse e organizzate o promosse dall'Agenzia Formativa (altri corsi, aggiornamenti obbligatori dei corsi frequentati, opportunità di sconti e promozioni relative a corsi, ecc.).

Data _____

Firma _____

Le somme dovute dovranno essere corrisposte per intero; non saranno accettati pagamenti alla Società con addebito, a carico della stessa, di commissioni bancarie o eventuali oneri diversi (ad esempio dovuti a disposizioni di pagamento con clausola di “urgenza”).

¹ Il pagamento della quota di iscrizione, intestato all'AGENZIA FORMATIVA SOCIP S.r.l., può essere effettuato tramite:

- bollettino postale su conto corrente n. 1025972926 - Causale: **1955.PS55.21**;
- bonifico su conto corrente postale, codice IBAN: IT 30 U 07601 14000 001025972926 - Causale: **1955.PS55.21**;
- bonifico su conto corrente bancario, codice IBAN: IT 74 J 05034 14060 000000001440 - Causale: **1955.PS55.21**;
- direttamente presso la sede dell'AGENZIA FORMATIVA SOCIP S.r.l.
- utilizzando il “PORTAFOGLIO CLIENTE”, in tal caso contattare l'Agenzia Formativa.

² PORTAFOGLIO CLIENTE: le quote trasferite nel portafoglio possono essere utilizzate dal Cliente per qualunque attività dell'Agenzia Formativa SOCIP o prelevate secondo le modalità previste dal Regolamento.

1 sottoscritt_:

- allega l'attestazione del pagamento della quota di iscrizione;
- conferma i dati per la fatturazione già forniti in precedenza;

oppure

- riporta i dati per la fatturazione.

- ***I campi contrassegnati con “*” sono obbligatori.***

Estremi relativi alla fatturazione

(Indicare una delle seguenti condizioni *)

- LIBERO PROFESSIONISTA
- PRIVATO
- AZIENDA PRIVATA
- ENTE PUBBLICO che beneficia dell'esenzione IVA ai sensi dell'articolo 14, comma 10, Legge n. 537/1993

Ragione sociale* _____ via/piazza* _____

n.* _____ CAP* _____ comune* _____ prov.* _____

codice fiscale* _____ partita IVA (no per privato)* _____ tel. _____

cell. _____ fax _____ e-mail*: _____ @ _____

indirizzo pec _____

Codice destinatario _____

Codice univoco _____

I dati di fatturazione saranno trattati per i soli fini amministrativi, utilizzando eventualmente anche Responsabili del trattamento esterni, appositamente incaricati, il cui elenco è disponibile presso la sede dell'Agenzia Formativa.

