

DOMANDA D' ISCRIZIONE PART - TIME
INTERNATIONAL COLLEGE OF OSTEOPATHIC MANUAL MEDICINE
Via di Sant'Anna n. 15 - 00186 (RM) - Tel. 06 99805319 - Fax 06 99809966
E-Mail: info@icommitalia.it - <http://www.icommitalia.it>
P. IVA 11610521004

DATI PERSONALI

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Domicilio

CAP

Città

Provincia

Telefono abitazione

Indirizzo lavoro

CAP Città Prov.

Telefono lavoro

Cellulare

Fax

E-mail

Titolo di studio

Conseguito presso

Nell'anno

Istituto di provenienza (per gli studenti di altre scuole di osteopatia)

DATI AMMINISTRATIVI

La fattura dovrà essere intestata a:

Ragione sociale o cognome e nome

Indirizzo sede
legale

CAP

Città

Provincia

P.IVA / CODICE FISCALE

CODICE UNIVOCO FATTURAZIONE ELETTRONICA

Luogo e data _____

Firma per accettazione