



Modulo d'Iscrizione

Da compilare e spedire a segreteria@afmschool.it
(tutti i campi sono obbligatori)

Programma didattico scelto : _____

Importo del corso : € _____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Residenza (Indirizzo - località - CAP - Provincia)

C.F. _____

P.IVA _____

Codice Univoco _____

PEC _____

Iscrizione all'Ordine Medici Chirurghi di _____ N. _____

all'Ordine degli Odontoiatri di _____ N. _____

Tel. Studio _____ Cell. _____ -Email _____

Contratto assicurativo rischio professionale medicina estetica (*)

Compagnia _____ N. di Polizza _____ Scadenza _____

FIRMA CORSISTA :

Documenti da allegare: 1) Copia Documento di riconoscimento - 2) Copia Certificato di iscrizione all'Ordine professionale - 3) Copia Polizza assicurativa per rischio professionale Medicina estetica - Copia Bonifico da effettuare a IBAN

IT31Z0832703237000000005386

Banca: BCCRM AG.103 Intestato a AFMS SRL indicando nella causale: *Cognome - Nome* Iscrizione AFMS anno accademico 2022 - CORSO E

() La scuola per coloro i quali fossero sprovvisti delle coperture assicurative necessarie per l'esercizio della professione medica ha stipulato una convenzione assicurativa vantaggiosa.*

Per info contattare la Dott.ssa Elisabetta Fiorani tel.393 358 6353

Nell'eventualità che all'atto dell'iscrizione non si disponesse ancora della copertura assicurativa, si può inviarla successivamente ma non oltre l'inizio della formazione.