

MODULO DI ISCRIZIONE AI CORSI *Barrare il corso*

gelcolor
by OPI

SEMIPERMANENTE

Durata: 1 giorno - ore 09:30 alle 17:30
Costo a partecipante: 100 € IVA comp.

NAIL ART

Durata: 1 giornata - ore 09:30 alle 17:30
Costo a partecipante: 150 € IVA comp.

AXXIUM
GEL SYSTEM

SISTEMA GEL

Durata: 2 giorni - ore 09:30 alle 17:30
Costo a partecipante: 200 € IVA comp.

ABSOLUTE ACRILICO

Durata: 2 giorni - ore 09:30 alle 17:30
Costo a partecipante: 200 € IVA comp.

**MANICURE DRY/
PEDICURE**

O.P.I
PRO SPA
SKIN CARE
HANDS & FEET

LE FORME IN SALONE

Durata: 1 giorno- ore 09:30 alle 17:30
Costo a partecipante: 100 € IVA comp.

Durata: 1 giorno- ore 09:30 alle 17:00
Costo a partecipante: 100 € IVA comp.

Data del corso: _____ **Cognome Agente:** _____

RAGIONE SOCIALE E DATI FATTURAZIONE

Compilare in stampatello maiuscolo.

Ragione Sociale:

DATI PARTECIPANTI

Nome e Cognome:

Cellulare:

E-mail:

Nome e Cognome:

Cellulare:

E-mail:

INVIO ISCRIZIONI

Compilare il modulo in tutte le sue parti, firmarlo ed inviarlo a: formazione@sifarma.it oppure via fax al numero 02 422015211.

Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016 (General Data Protection Regulation): i Suoi dati saranno trattati da SIFARMA SpA - Milano e dalle società con essa in rapporto di controllo e collegamento per evadere la Sua richiesta di partecipazione ai corsi. Tutti i dati richiesti sono indispensabili per il suddetto fine. Inoltre, ai sensi degli artt. 15 ess. Del Regolamento UE 679/2016, le ricordiamo che per maggiori informazioni o richieste specifiche può rivolgersi al Titolare del Trattamento, scrivendo a Sifarma Spa con Socio Unico, con sede in Milano, Via Filippo Brunelleschi n. 12 oppure scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@sifarma.it. L'Informativa Privacy sul trattamento dei dati è disponibile nella sezione privacy del sito www.sifarma.it.

Consento l'utilizzo dei dati per informazioni su corsi e/o altri servizi:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Data

Per accettazione (Timbro e firma)

DATI BONIFICO

SIFARMA Spa- Banca Intesa San Paolo Spa **IBAN:** IT10R0306909524000021000170

Specificare **CAUSALE:** Corso OPI (specificare quale) e **data** del corso.

Per condizioni, disdette e cancellazioni corsi scrivere a formazione@sifarma.it