

**6° Corso di Formazione Teorico Esperienziale  
in Psiconcologia**

**14 Marzo - 10 Giugno 2005**

*da inviare via fax allo 075.59794305*

*o posta prioritaria entro il 28 Febbraio 2005 a:*

Visetur S.r.l. - Via E. Torricelli, 3/F - 06087 Ponte S. Giovanni (Pg)

Cognome .....

Nome .....

Qualifica .....

Istituto/Ente/Ospedale .....

Indirizzo .....

CAP e Città .....

Telefono ..... Fax .....

e-mail .....

Dati per ECM: Cod. Fisc. ....

Barrare la propria professione:

Medico Chirurgo       Psicologo       Infermiere/a

Autorizzo l'addebito su carta di credito VISA  
intestata a .....  
n. .... scadenza .....  
di euro ..... Firma .....

Accludo copia del bonifico bancario di euro .....  
a favore di: VISETUR s.r.l. - Banca Popolare di Lodi - Ag. di Perugia  
Via XX Settembre - 06100 Perugia - c/c n. 291.88 intestato a Visetur s.r.l.  
ABI 05164 - CAB 03000 - CIN G

Legge 675/96, art. 11, sulla tutela dei dati personali: ai sensi della legge suindicata il sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione di comunicazioni a carattere informativo ed organizzativo.  
Il sottoscritto potrà in ogni momento esercitare i propri diritti, come dall'art. 13, ed opporsi al trattamento dei propri dati custoditi presso la Visetur s.r.l.

Data ..... Firma .....