

Modulo di iscrizione CORSI NORDIC WALKING

In caso di dati mancanti sarete contattati per completare la schedai

Il sottoscritto:

Luogo di Nascita _____

Data di nascita _____

Codice Fiscale in stampatello _____

Residente in Via/Comune _____

SOCIO CRAL tessera n. _____

NON SOCIO

Allega modulo richiesta iscrizione Cral

SOCIO CSEN

SOCIO FITEL

Telefono fisso /cellulare (obbligatorio) _____

e-mail in stampatello (obbligatoria) _____

Chiede l'iscrizione alla seguente attività

Data Attività

CORSO NORDIC WALKING INTRODUTTIVO (start-up 10€)

CORSO NORDIC WALKING BASE (50€)

CORSO NORDIC WALKING AVANZATO (45€)

Chiede l'iscrizione per le medesime date anche per le seguenti persone di cui allegherà modulo iscrizione all'associazione se non già socie Cral (in caso di date differenti compilare moduli diversi)

Nominativo	Data Nascita	CODICE FISCALE	Socio
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti e inviato a segreteria@cralaslcomo.it unitamente alla ricevuta del pagamento delle quote di partecipazione almeno tre giorni prima della data del corso.

Modalità pagamento:

- contanti presso la segreteria/sede Cral (tel. 0315476932)
- bonifico su conto Bancoposta intestato a CRAL ASL COMO: IBAN IT04I0760110900001011098835

Data: _____

Firma _____

Si informa che tutti i dati personali verranno trattati nel pieno rispetto delle disposizioni del D.Lgs 196/2003

Indicare il nominativo del socio referente/presentatore: _____

PER PAGAMENTI TRAMITE BONIFICO/CCP allegare copia bollettini/bonifico e indicare:

Pagamento effettuato in data: _____ Tramite: _____