



CENTRO PADOVANO DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA

"Supervisione Clinica in Ottica Sistemico Relazionale in Copresenza"

- MODULO D'ISCRIZIONE -

da inviare via fax: 049/8763778 o via e-mail: info@cptf.org

Il/La sottoscritto/a
c. f. p. IVA
residente a (prov.) (cap.)
in via n°
tel. fax. cell.
e-mail.

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLA SUPERVISIONE IN COPRESENZA SEDE DI PADOVA

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLA SUPERVISIONE IN COPRESENZA SEDE DI TRIESTE

Firma per il consenso del trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003): _____

MODALITÀ D'ISCRIZIONE

La **domanda d'iscrizione**, debitamente compilata e **previa disponibilità dei posti**, deve essere inviata congiuntamente alla **copia del bonifico**, per **fax (049 8763778)** o per **e-mail (info@cptf.org)**, alla Segreteria del Centro Padovano di Terapia della Famiglia (Via Martiri della Libertà n. 1 - 35137 Padova).

COSTO DELLA SUPERVISIONE IN COPRESENZA:

Partecipazione all'intero ciclo entro 20/12/2018 € 322,00

Partecipazione all'intero ciclo € 362,00

Partecipazione al singolo incontro € 50,00

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Il pagamento va effettuato con **bonifico bancario** intestato al Centro Padovano di Terapia della Famiglia specificando il **nominativo** ed inserendo la **causale**: "Supervisione Clinica in Copresenza sede di _____".

Coordinate per Bonifico Bancario:

Banca Monte dei Paschi di Siena (MPS) - Padova, Sede Via Verdi - IBAN: IT 71 Q 01030 12190 000002977230

Nel caso di pagamento da parte di un Ente Pubblico, quest'ultimo deve comunicare l'intestazione per la fattura.