



CENTRO PADOVANO DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA

"Master Esperienziale in Terapia Sistemica di Gruppo"

- MODULO D'ISCRIZIONE -

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

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

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL MASTER PRESSO LA SEDE DI PADOVA (VIA MARTIRI DELLA LIBERTÀ, 1)

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL MASTER PRESSO LA SEDE DI TRIESTE (VIALE XX SETTEMBRE, 37)

Firma per il consenso all'utilizzo dei propri dati ai sensi del Regolamento UE679/2016 (DGPR):

MODALITÀ D'ISCRIZIONE

La domanda d'iscrizione, debitamente compilata e previa disponibilità dei posti, congiuntamente alla copia del bonifico della quota di iscrizione deve essere inviata 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 COMPLESSIVO DEL MASTER:

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Esterni e Specializzandi di altre Scuole Sistemiche | € 800,00 + IVA* |
| <input type="checkbox"/> Ex allievi CPTF | € 700,00 + IVA* |
| <input type="checkbox"/> Allievi in corso CPTF | € 650,00 + IVA* |

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: "Iscrizione Master Esperienziale in Terapia Sistemica di Gruppo Sede di _____".

Coordinate per Bonifico Bancario:

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

L'importo potrà essere suddiviso in tre rate.

> all'atto dell'iscrizione:

- Prima rata € 150,00 + IVA*

> la restante quota potrà essere suddivisa in ulteriori due rate.

*Gli importi saranno corrispondentemente adeguati in base alla variazione della misura dell'IVA.