ASSOCIAZIONE
SELENE

SCHEDA ISCRIZIONE

Incontri di accompagnamento alla nascita a cura delle Dott.sse Ostetriche dell'Associazione Selene

Il/La sottoscritto/a_____

Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____

Residente a _____ Prov.___

Via_____n° ___

C.F. _____

Email_____

Numero di telefono_____

1) AUTORIZZA a titolo gratuito, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633 e S.M.I, alla pubblicazione e/o diffusione delle proprie immagini con il volto chiaro

O Nego consenso O Do il consenso

Qualora sia negato il consenso le foto eventualmente pubblicate saranno oscurate in volto.

2) AUTORIZZA il trattamento dei dati personali ai sensi della LG 675/96 e successive modifiche ex art. 13 D. Lgs. 196/03 e di cui a regolamento europeo 679/2016.

3) ACCONSENTE a partecipare a n° 6 incontri che si svolgeranno presso:

O Spazio Ostetrico in presenza O Online

Associazione Selene
CF: 97986550586
Sede legale: via Simone Martini 136
00142 Roma
associazioneselene@gmail.com
www.associazioneselene.it
3515333137

4) DICHIARA che verserà la quota di partecipazione di:

- ☐ PERCORSO COMPLETO: 230 euro (tesseramento incluso) in un'unica soluzione o in due rate: 115 euro al momento dell'iscrizione tramite bonifico o Paypal e 115 euro al 3° incontro, tramite bonifico, PayPal o contanti.

IBAN: IT36Y0501803200000016944662

Associazione Selene

Paypal: https://www.paypal.me/associazioneselene?locale.x=it_IT

Causale: donazione volontaria per incontri di accompagnamento alla nascita e tesseramento dell'associazione.

Gli incontri hanno scopo informativo di accompagnamento al parto e non contengono messaggi promozionali finalizzati alla vendita.

Gli incontri fanno parte di un percorso e pertanto non si possono scegliere.

Data _____ Firma_____

Associazione Selene
CF: 97986550586
Sede legale: via Simone Martini 136
00142 Roma
associazioneselene@gmail.com
www.associazioneselene.it
3515333137