

A.M.I.S.I.
SCUOLA EUROPEA DI PSICOTERAPIA IPNOTICA® - A.M.I.S.I.
Società Italiana di Ipnosi Clinica - Fondazione AMISI

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Cod. Fisc. _____

Abitante a _____ C.A.P. _____ Via _____ N. _____

Pref. _____ Telefono _____ E-mail: _____

Laureato in _____ presso l'Università di _____

Iscritto all'Ordine Professionale dei Medici/Psicologi della _____

Prov./Reg. _____ N. _____ Da gg/m/a _____

chiede di iscriversi alla A.M.I.S.I. in qualità di Associato in formazione con frequenza alla Scuola Europea di Psicoterapia Ipnoclinica A.M.I.S.I., riconosciuta dal MURST con DM 21.4.98, per l'anno accademico 2016/2017.

Allega alla presente i documenti seguenti:

- Copia del certificato di Laurea
- Copia del certificato di Specializzazione
- Breve curriculum professionale
- Copia Iscrizione all'Ordine Professionale
- Autocertificazione corredata da fotocopia di un documento

Versamento 1^a rata quota associativa mediante:

- Bonifico bancario a: AMISI Fondazione
Verwaltungs Privat Bank - Vaduz FL
codice IBAN: LI 700 880 6022 93622 2002 - Swift SERBLI22

prende inoltre nota che la quota associativa di formazione per frequenza al Corso è di €2.500,00 + 100,00 così suddivisa:

1° allegata alla domanda, rata iniziale di €900,00 + 100,00;

2° all'inizio delle lezioni versamento della 2^a rata di €950,00

3° entro 31 marzo 2017 saldo di €650,00.

(E' prevista la possibilità di pre-iscrizione entro il 30/6/16 con il versamento del 50% della rata iniziale pari a €450,00).

data _____

Firma _____

Indirizzare in busta chiusa a:
A.M.I.S.I. Via Paisiello 28 - 20131 Milano
oppure inviare a mezzo fax al n° 02.2365493
E-mail: amisi@virgilio.it - Sito web: www.amisi.it

