

**Take Care Istituto Osteopatico**

Sede Legale: Take Care S.r.l. Via Pisacane, 30 – 20099 Sesto San Giovanni (Mi)

Sede Operativa: **TCIO – Viale Sarca 336, 20126 Milano (Mi)**

P.I. e C.F. 04323800963 - Tel 0297377499 Fax.0297377500 e-mail: [info@tcio.it](mailto:info@tcio.it) – [www.tcio.it](http://www.tcio.it)



**Take Care Istituto Osteopatico**  
**Modulo di Iscrizione - Anno Accademico 2011/2012**

---

Cognome e Nome

---

Luogo e data di nascita

---

Via di abitazione

n. civico

---

CAP

Città

Prov.

---

Telefono

---

Cellulare

---

Fax

---

E-mail

---

Titolo di studio conseguito

---

Conseguito presso

Nell'anno

---

Istituto di provenienza (per gli studenti di altre scuole di osteopatia)

---

Partita Iva e Codice Fiscale (Se non si possiede Partita Iva, inserire solo il codice fiscale)

**Anno di corso 1° 2° 3° 4° 5° 6°**

**Firma** \_\_\_\_\_

**CHIEDO di iscrivermi** (cerchiare anno di pertinenza)

## Take Care Istituto Osteopatico

Sede Legale: Take Care S.r.l. Via Pisacane, 30 – 20099 Sesto San Giovanni (Mi)

Sede Operativa: TCIO – Viale Sarca 336, 20126 Milano (Mi)

P.I. e C.F. 04323800963 - Tel 0297377499 Fax.0297377500 e-mail: [info@tcio.it](mailto:info@tcio.it) – [www.tcio.it](http://www.tcio.it)



# Take Care Istituto Osteopatico

## Clausole contrattuali

### 1. ISCRIZIONE

L'iscrizione si intende perfezionata al ricevimento delle presenti schede.

Compila in ogni sua parte e inviale per posta a:

**Take Care S.r.l.**

**Viale Sarca 336**

**20126 Milano (Mi)**

**Ingresso Ex. Area Breda**

Allega i seguenti documenti:

- n°2 foto formato tessera
- Copia autenticata del titolo di studio
- Firma del consenso al trattamento dei dati ai sensi del D.lgs 196/03
- Copia dell'avvenuto versamento per la 1° Rata di iscrizione

**INTESTAZIONE CONTO**

**TAKE CARE SRL**

**IBAN**

**IT68B0558433001000000001567**

### 2. VARIAZIONI DEL PROGRAMMA

Take Care S.r.l. (TCIO) si riserva la facoltà di modificare le date dei seminari programmati, dandone comunicazione ai partecipanti via fax o e-mail .

Take Care S.r.l. (TCIO) si riserva inoltre la facoltà di modificare/cambiare la sede di svolgimento o il programma del corso e/o sostituire i docenti indicati con altri docenti di pari livello professionale per esigenze organizzative della Scuola.

### 3. QUOTA DI PARTECIPAZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO

La quota di partecipazione annua per l'anno accademico 2011-2012 è concordata per Euro 2.100,00 + IVA 20%, che potrà essere rateizzato in n° 4 rate fissate per:

1° Rata all'atto dell'iscrizione Euro 600,00 + IVA 20%

2° Rata entro il 15/12/2011 Euro 500,00 + IVA 20%

3° Rata entro il 15/02/2012 Euro 500,00 + IVA 20%

4° Rata entro il 15/04/2012 Euro 500,00 + IVA 20%

Per il pagamento in soluzione unica si applicherà uno sconto del 5%

**Take Care Istituto Osteopatico**

Sede Legale: Take Care S.r.l. Via Pisacane, 30 – 20099 Sesto San Giovanni (Mi)

Sede Operativa: TCIO – Viale Sarca 336, 20126 Milano (Mi)

P.I. e C.F. 04323800963 - Tel 0297377499 Fax.0297377500 e-mail: [info@tcio.it](mailto:info@tcio.it) – [www.tcio.it](http://www.tcio.it)

**4. RECESSO**

E' possibile rinunciare alla partecipazione entro e non oltre i 15 (quindici) giorni dell'inizio ufficiale del corso di formazione.

**5. FORO COMPETENTE**

Il foro esclusivo competente per l'interpretazione e esecuzione del contratto e quello di Milano.

Data Firma per accettazione

-----

Firma per specifica approvazione delle clausole 2 (Variazione del programma), 4 (Recesso), 5 (Foro competente), ex art. 13412° Codice Civile.

-----

**Take Care Istituto Osteopatico**

Sede Legale: Take Care S.r.l. Via Pisacane, 30 – 20099 Sesto San Giovanni (Mi)

Sede Operativa: TCIO – Viale Sarca 336, 20126 Milano (Mi)

P.I. e C.F. 04323800963 - Tel 0297377499 Fax.0297377500 e-mail: [info@tcio.it](mailto:info@tcio.it) – [www.tcio.it](http://www.tcio.it)



## Take Care Istituto Osteopatico

*(Da compilare, firmare e inviare a Take Care S.r.l per il consenso al trattamento dei dati personali)*

---

Cognome e Nome

---

Luogo e data di nascita

---

Via abitazione

N.

---

CAP

Città

Prov.

---

Telefono

Cellulare

---

E-mail

---

Partita Iva e Codice Fiscale\* (Se non si possiede Partita Iva, inserire solo il codice fiscale)

*\* compilare sempre il campo Codice Fiscale: anche per le persone giuridiche e anche se identico alla Partita Iva*

### **INFORMATIVA SULLA PRIVACY (D.Lgs n. 196 del 30/06/2003)**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, si informa che:

- a) i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa succitata;
- b) tali dati verranno trattati per finalità connesse alla nostra attività (es. finalità amministrative, contabili, operative, obblighi di legge, attività promozionale riguardante i nostri servizi, ecc.);
- c) il conferimento dei dati personali a Lei richiesti è obbligatorio per la corretta e completa esecuzione dei servizi resi da Take Care S.r.l., per cui, un eventuale rifiuto a fornire tutti i dati richiesti, potrebbe comportare una non corretta esecuzione dei servizi da noi forniti;
- d) i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti per le finalità di cui sopra;
- e) il titolare del trattamento è la Società Take Care S.r.l. nella figura del legale rappresentante.

### **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

La persona fisica o giuridica, cui si riferiscono i dati personali acquisiti, ha facoltà di esercitare i diritti previsti dagli artt. 7,8 e 9 del D.Lgs 196/2003.

### **CONSENSO**

Letta l'informativa di cui sopra, si esprime il consenso di cui agli artt. 13 e 23 della succitata normativa ed in particolare a che i dati possano essere comunicati e trattati per i fini citati nella presente informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_