



ALEXANDRE
FABELLE®
SKIN PERFECTION

MODULO D'ISCRIZIONE

CORSO SKIN SPECIALIST ALEXANDRE FABELLE METHOD

La sottoscritta _____

Titolare del centro estetico _____

sito in Via _____ Città _____ CAP _____ Provincia _____

Tel _____ fax _____ e-mail _____

CHIEDE

Di essere iscritta al corso "SKIN THERAPIST ALEXANDRE FABELLE METHOD" al costo di € 1.500,00
iva inclusa (pagabile anche in 10 rate con  **COMPASS**
GRUPPO MEDIOBANCA)

Si richiede fattura da intestare a:

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

P. IVA/CF CODICE UNIVOCO _____

1. CONDIZIONI DI PAGAMENTO

L'iscrizione sarà perfezionata al ricevimento della ricevuta del pagamento **dell'ACCONTO sulla quota d'iscrizione di € 250,00** che dovrà effettuarsi tramite bonifico bancario a favore di ESTETICA SINERGIE IBAN IT11V0863163710000000960836. Indicare nella causale "COGNOME + TIPO DI CORSO".

Una copia della contabile del pagamento dovrà essere inviata via mail al seguente indirizzo: info@alexandrefabelle.com

2. OGGETTO

Oggetto del presente contratto è la fornitura da parte di ALEXANDRE FABELLE ACADEMY con le modalità di seguito descritte, di un corso di "SKIN THERAPIST ALEXANDRE FABELLE METHOD". **La durata è di 6 incontri** con esercitazioni pratiche e lezioni teoriche. **L'assistenza è illimitata nel tempo e sono inclusi 2 open day all'anno** alla presenza della master Franza Conti presso il proprio centro estetico per far conoscere il Metodo alle clienti.



**ALEXANDRE
FABELLE®**
SKIN PERFECTION

3. ISCRIZIONE AI CORSI

L'iscrizione s'intende avvenuta quando il partecipante avrà inviato copia del presente contratto debitamente compilato e firmato, via e-mail ferme restando le specifiche di cui al punto 1 delle modalità di pagamento.

4. SEDE E DATE DEI CORSI

Il corso si terrà in _____ nelle date _____ che verranno confermate tramite e-mail.

5. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati forniti saranno oggetto di trattamento a mezzo di sistemi informatici, nonché manuali, nel pieno rispetto delle norme di legge a tutela delle persone e di altri soggetti, in ottemperanza al decreto legislativo n. 196 del 30/06/03. L'utilizzo di tali dati sarà esclusivamente di uso interno. È facoltà dell'estetista richiederne la rettifica e la cancellazione, scrivendo a ESTETICA SINERGIE, qualora non abbia ancora inviato il modulo di sottoscrizione a ESTETICA SINERGIE.

Titolare delle informazioni fornite è ESTETICA SINERGIE

L'estetista _____

Udine, lì _____

In relazione al D. Lgs 196/03 esprimo il mio consenso rispetto al trattamento dei dati personali, i quali saranno utilizzati per l'integrale esecuzione del presente contratto.

L'estetista _____