SRM - via Fucino, 2 – 00199 Roma (I)
CF 97190870580 – PI (IT) 07413301008
Tel/Fax (+39) 06 8418055
segreteria@srmpsicologia.com
www.srmpsicologia.com

IFI CARD

Istituto di Fisioterapia Integrata
Centri di Fisioterapia
www.centrofisioterapia.it

MODULO RICHIESTA IFI CARD GRUPPO ISTEM-SRM

Il sottoscritto (Nome e Cognome)_____

Nato a_____in data |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Indirizzo Residenza_____Numero Civico (o KM)_____

CAP |_____| Città_____PROV |__|__|

Stato (se diverso dall'Italia) _____

Titolo di Studio_____Professione_____

Telefono +( )|_____| Mobile +( )|_____| Fax +( )|_____|

Email _____

Cod. Fiscale |__|__|__||__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|__|__| - P.IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SE POSSESSORE DI P.IVA Rag. Sociale _____

Domicilio Fiscale _____

se non possessore di p.iva lasciare in bianco P.IVA, Ragione Sociale e Domicilio Fiscale

SELEZIONA L'OPZIONE PER CONSOCERE L'IMPORTO DOVUTO
tutti i costi indicati si intendono IVA Compresa

SELEZIONA SOLTANTO UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI

[ ] sottoscrivo IFI-CARD per la prima volta: €36,00

[ ] devo rinnovare IFI-CARD scaduta da più di un anno – N. CARD |_____|: €36,00

[ ] devo rinnovare IFI-CARD scaduta l'anno precedente – N. CARD |_____|: €30,00 **anziché ~~€36,00~~**

LA CARD HA VALIDITA' ALL'INTERNO DELL'ANNO DI SOTTOSCRIZIONE (FA FEDE LA DATA DI VERSAMENTO)
LA CARD SCADE IL 31.12 DELL'ANNO DI SOTTOSCRIZIONE.

PRIVACY. Il sottoscritto dà il consenso al trattamento dei propri dati personali per gli scopi inerenti i servizi legati a IFI-CARD e le attività contabili ai sensi dell'Art. 13 del Dlgs 196/2003 che il sottoscritto dichiara di conoscere integralmente. I dati non saranno divulgati a terzi se non qualora fosse strettamente necessario per gli scopi indicati. Responsabile dei dati è il presidente SRM. I diritti dell'iscritto in materia di privacy sono quelli relativi all'Art. 7 del Dlgs 196/2003. I servizi legati a BIOEVENTI-CARD possono essere soggetti a variazione senza preavviso. Per conoscere i servizi attivi è possibile consultare il sito ufficiale www.centrofisioterapia.it

Luogo, _____

Data |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Firma_____

DATI PER IL VERSAMENTO TRAMITE BONIFICO

Risiedi All'Estero? *Attenzione. Per versamenti effettuati da paesi diversi dall'Italia aggiungere all'importo €20,00 di spese.*

INTESTAZIONE: Società Romana del Mercoledì

BANCA: BANCA POPOLARE DI MILANO (AG. 259)

IMPORTO: l'importo selezionato - **IBAN**: I–T–0–7 - M - 0-5-5-8-4 – 0-3-2-0-8 - 0-0-0-0 - 0-0-0-0 - 4-7-3-9

COMUNICAZIONI: IFI CARD + *"cognome del richiedente"*

COME SPEDIRE I DOCUMETI RICHIESTI

STAMPA e COMPILA QUESTO MODULO
EFFETTUA IL VERSAMENTO TRAMITE BONIFICO

INVIA I SEGUENTI DOCUMENTI

1) copia documento di identità fronte/retro (non necessario in caso di rinnovo della CARD)
2) il presente modulo compilato e firmato
3) copia della ricevuta di versamento

AL NUMERO DI TEL./FAX: +39 06 8418055
Puoi Anche inviare i Documenti Allegandoli via E-Mail a: info@centrofisioterapia.it

materiale originale produzione IDEAGONO Marketing & Co - www.ideagono.com – vietate copia riproduzione anche parziali e distruzione non autorizzate