

Domanda d'iscrizione 2018

Si prega di compilare in stampatello

Spazio riservato a
Euro Master Studies Srl

N° pratica _____

Cod. Cliente _____

Cognome Nome

Indirizzo

CAP Città Prov.

Tel. Casa Tel. Ufficio Tel. Cellulare

Cod. Fiscale Nato il a Prov.

Professione E-mail Sesso M F

Contatto di emergenza Cell. (Relazione di parentela)

CORSO DI STUDIO RICHIESTO

Località Centro Studi di pag.

Tipologia di corso n° di lezioni settimanali

Data inizio corso n° settimane

Conoscenza della lingua

A0. Principiante <input type="checkbox"/>	A1. Elementare <input type="checkbox"/>	A2. Post Elementare <input type="checkbox"/>	B1. Intermedia <input type="checkbox"/>
B2. Post Intermedia <input type="checkbox"/>	C1. Avanzata <input type="checkbox"/>	C2. Post Avanzata <input type="checkbox"/>	

SISTEMAZIONE PRESCELTA

Famiglia Residenza Hotel Camera singola Camera doppia

Nome residenza (se indicato)

Trattamento: Pensione completa Mezza pensione Pernottamento e prima colazione Solo pernottamento

Fumatore: No Sì

Il partecipante ha problemi di salute? (diete, allergie, etc.) No Sì (se si specificare)

Altre richieste (ne verrà tenuto conto nel limite del possibile)

- Viaggio aereo organizzato da Euro Master Studies srl con partenza da**
- Viaggio aereo organizzato personalmente**
- Servizio di trasferimento individuale** (per le quote vedere la pag. della località prescelta)
Non richiesto/non previsto Sì, solo andata Sì, A/R
- Desidero stipulare l'assicurazione che copre le spese di annullamento (Unipol Assicurazioni) (vedi tabella pag. 80)**
- Integrazione spese mediche fino a € 100.000 € 70. (Vedi pag. 80).

Come ha conosciuto Euro Master Studies srl? Parenti, amici, colleghi Ex iscritto In azienda Agenzia di viaggio
Pubblicità, stampa Quale

Nel caso necessiti fattura intestata a società (da richiedersi solo all'atto dell'iscrizione)

Ragione sociale

Indirizzo

CAP Città Prov.

Cod. Fisc./P. IVA

MODALITÀ DI PAGAMENTO (vedi pag. 80) Richiesta pagamento dilazionato

€400 + contributo spese emissione polizza medico/bagaglio (vedi pag. 80)

Data Firma del partecipante
(o del legale rappresentante per minorenni)

Quota di partecipazione	€	.....
Quota iscrizione	€	.....
Ass. Medico/Bagaglio	€	.....
Polizza annullamento Fac.	€	.....
Supplemento	€	.....
Supplemento	€	.....
Supplemento	€	.....
Supplemento	€	.....
Quota volo	€	.....
Totale	€	.....
Acconto	€	.....
Saldo	€	.....

Trattamento dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003. La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali attraverso strumenti manuali ed elettronici è obbligatorio per dar corso alla sua iscrizione. La informiamo che i dati così raccolti serviranno a tenerla aggiornata sulle novità relative alle nostre offerte. Il conferimento dei dati è necessario ai fini della fornitura e della fatturazione del servizio richiesto e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporterà l'impossibilità di offrirle quanto richiestoci. Inoltre apponendo una X nella casella qui sotto, fornirà il suo consenso ad inoltrare i suoi dati alla scuola estera dove avrà luogo il suo corso di lingua, alla compagnia aerea e quant'altro necessario per il buon esito della sua iscrizione.

Si, esprimo il mio consenso Firma del partecipante
(o del legale rappresentante per minorenni)