

FORM DI REGISTRAZIONE

CORTICALIZZAZIONE E PRESTAZIONI

Ottimizzare l'Attività Neuromuscolare per Massimizzare i Risultati

NOME

COGNOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

CITTA'

NAZIONE

TEL. / CELL.

E-MAIL

CAMPIONATO

Richieste specifiche per il menu

Si prega di inviare il presente form entro il 10 novembre 2007:

- via fax: +39 0432 775406

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali.

Il/la sottoscritto/a interessato/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, con l'invio del presente modulo di registrazione, attesta il proprio consenso affinché il titolare proceda ai trattamenti dei dati personali come risultanti dal presente modulo.

Data, Cognome e Nome

Firma leggibile



di Angelo Conti

www.corticalfitness.com info@corticalfitness.com +39 328 9093229

Rivignano - Udine - Italia