

Domanda d'iscrizione 2016

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
 Tipologia di corso n° di lezioni settimanali
 Data inizio corso n° settimane
 Conoscenza della lingua
 A0. Principiante A1. Elementare A2. Post Elementare B1. Intermedia
 B2. Post Intermedia C1. Avanzata C2. Post Avanzata

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)

Per spesa da € 3.500 a € 15.000 = **3%** sull'intero importo del viaggio. Per spesa da € 15.000 a € 30.000 = **2,5%** sull'intero importo del viaggio.
 Integrazione spese mediche fino a € 100.000 (per USA e CANADA) € 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. 64) Richiesta pagamento dilazionato
 €400 + contributo spese emissione polizza medico/annullamento (vedi pag. 80)

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

Quota di partecipazione	€
Quota iscrizione	€
Ass. Medico/Annullamento	€
Polizza annullamento Fac.	€
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 richiesto. 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.

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