

# 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  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) (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	€	.....
<b>Saldo</b>	€	.....

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.

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