

MODULO ISCRIZIONE CORSI E MASTER ASD LIFE4FIT®

PER PARTECIPARE A CORSI E MASTER ASD LIFE4FIT®, SARÀ NECESSARIO EFFETTUARE L'ISCRIZIONE, IN QUALITÀ DI **SOCIO ISTRUTTORE**, VERSANDO LA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE, COME PREVISTO NELL' ART.1 REGOLAMENTO DISPONIBILE SUL SITO DI RIFERIMENTO : www.life4fit.net

➤ **TESSERA STANDARD : EURO 15** ⇒ **OBBLIGATORIA** PER CORSI E MASTER MONOTEMATICI

➤ **TESSERA GOLD : EURO 30** ⇒ **OBBLIGATORIA** PER PERCORSI FORMATIVI COMPLETI ASD LIFE4FIT®

⇒ **BENEFIT**: SOCI ISTRUTTORI TESSERA **STANDARD: SCONTO DEL 5%** - **TESSERA GOLD SCONTO 15%** SU CORSI E MASTER ASD LIFE4FIT® (E' SEMPRE ESCLUSA LA QUOTA RELATIVA AL DIPLOMA FEDERALE) COME DA REGOLAMENTO PUBBLICATO SU www.life4fit.net. IL PAGAMENTO DELLA QUOTA SI DOVRÀ EFFETTUARE IL **PRIMO GIORNO DI CORSO** PRESCELTO ATTRAVERSO MODULO APPOSITO.

SCRIVERE I PROPRI DATI IN STAMPATELLO LEGGIBILE

COGNOME _____ NOME _____

VIA _____ N. _____

CAP _____ (PR) _____ CITTA' _____

TEL: _____ CELL: _____

E-MAIL : _____

CONVENZIONE O PROMOTER _____ SOCIO ISTRUTTORE ANNO 20 _____ SI NO

PARTECIPAZIONE EVENTI (SPECIFICARE QUALE) _____ ANNO _____

⇒ **DICHIARO DI AVER LETTO IL REGOLAMENTO LE MODALITÀ ISCRIZIONE CORSI**

⇒ **CHIEDO DI ISCRIVERMI AL CORSO :**

COMPLETO : **KICK4FIT®** **POWERFIT®** **POWERATHLETIC®** **POWERKICK®**

MONOTEMATICO : **POWERFLEX®** **PILATES4FIGHT®** **PNL** **TRAINING AUTOGENO**

CHE SI TERRÀ NELLA CITTA' DI : _____ IN DATA _____

CAUSALE DI PAGAMENTO: **DEPOSITO CAUZIONALE € . 50**

(DA DECURTARE IN FASE DI SALDO QUOTA COME PREVISTO ART. 2 REGOLAMENTO)

SALDO (*) **RATA N.** _____ **SCADENZA** _____

➤ **HO EFFETTUATO IL VERSAMENTO DI EURO** _____ **IN DATA** _____ **TRAMITE:**

BONIFICO A FAVORE DI: A.S.D LIFE4FIT – BANCO POSTA AG. 29 MILANO

IBAN : IT 55 C 07601 01600 000068569516

E/O

BOLLETTINO POSTALE INTESTATO: A.S.D LIFE4FIT- C/C POSTALE N. 68569516 – Ag. 29 MI

CONTANTI (VALIDO SOLO SE EFFETTUATO IN OCCASIONE DI EVENTI O CORSI ASD LIFE4FIT®)

(*) **IL SALDO DELLA QUOTA PREVISTA DOVRÀ ESSERE VERSATO ALMENO 7 GIORNI PRIMA DELLA DATA DI SVOLGIMENTO DEL CORSO PRESCELTO.**

IO SOTTOSCRITTO/A (NOME E COGNOME IN STAMPATELLO LEGGIBILE) _____

DICHIARO DI AVER 18 ANNI COMPIUTI E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE CERTIFICAZIONE MEDICA IN CORSO DI VALIDITÀ CHE ATTESTA LA MIA IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA.

LUOGO _____ DATA _____ FIRMA (LEGGIBILE) _____

CONCEDO L'AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DI FOTOGRAFIE E MATERIALE VIDEO RELATIVI ALLA MIA PARTECIPAZIONE SENZA AVER NULLA A CHE PRETENDERE DALLE VOSTRE ORGANIZZAZIONI SE UTILIZZATE SENZA SCOPO DI LUCRO. IN RELAZIONE AL D.LGS. 196/2003 . ESPRIMO IL CONSENSO AD UTILIZZARE I MIEI DATI PERSONALI DA PARTE DELLA VOSTRA ORGANIZZAZIONE ESCLUSIVAMENTE PER FINALITÀ CONNESSE ALL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ ASSOCIATIVE DA VOI SVOLTE. AUTORIZZO, INOLTRE, LE COMUNICAZIONI IN MERITO A PROMOZIONI E CONVENZIONI DI AZIENDE A VOI COLLEGATE , RIVOLTE AL SETTORE SPORTIVO.

LUOGO _____ DATA _____ FIRMA (LEGGIBILE) _____

➔ **SPEDIRE** AD ASD LIFE4FIT® TRAMITE FAX : +39. 02. 999.88.532

COPIA DEL VERSAMENTO INSIEME AL MODULO COMPILATO E SOTTOSCRITTO.