###### 

###### **Seminario. Modulo di Iscrizione e Rinuncia**

**Nome Seminario:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Informazioni Personali | | | |
| Nome: |  | | |
| Data di nascita |  | Genere **M** | F |
| Professione |  | Organizzazione |  |
| Nazionalità |  | | |
| Indirizzo |  | | |
| Città |  | Provincia |  |
| CAP |  | Paese di residenza |  |
| Telefono |  | Id skype |  |
| Indirizzo email |  | | |
| Migliori vie di contatto | **wapp email telefono** | Orari migliori di contatto |  |
| Da chi o Come hai saputo di questo programma?  Per quali motivi partecipi? | | | |

**Liberatoria**

* Riconosco che le informazioni e i materiali presentati nei programmi offerti da MDP BElife™, sono coperti da Copyright e non possono essere video-registrati, registrati, o riprodotti in alcun modo
* Comprendo che questi servizi, seminari e programmi di formazione non forniscono consulenza medica o diagnosi di condizioni di salute, né sostituiscono alcun consiglio medico.
* Master Del Pe, le sue organizzazioni e i leader del programma non sono responsabili per eventuali perdite, effetti sulla salute o altre conseguenze derivanti dall'utilizzo o dall'applicazione indiretta di qualsiasi tecnica o pratica fornita da questi servizi, seminari e / o programmi di formazione.
* Collaboro volentieri e liberamente con Master Del Pe ed i suoi rappresentanti assegnatari nell'esecuzione del presente accordo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma** |  | **Data** |  |