

SETTIMANE DI TERAPIE INTENSIVE

SCHEMA DI PARTECIPAZIONE (DA COMPILARSI PER OGNI PAZIENTE)

LOCALITA'

Dal al

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____ CITTA' _____

Cod. Fiscale per fatturazione _____ CAP _____

TELEFONO (casa - uff. -cell.) _____ data nascita _____

E-MAIL _____

ACCOMPAGNATORI (CHE NON FANNO TERAPIA) E SOLO IN CASO D'ALLOGGIO

COGNOME _____ NOME _____

COGNOME _____ NOME _____

E' GIA' STATO/A VISITATO/A DALLA DOTT.SSA BERTELE' ? SI NO

E' GIA' STATO/A VISITATO/A DA UNA DOTT.SSA COLLABORATRICE ? NOME _____

NOME DEI TERAPEISTI DA CUI SI E' IN CURA o da cui SI DESIDERA ESSERE TRATTATI

PRENOTERO' L'ALBERGO : NO

SI dal al..... (indicare il giorno di arrivo e quello di partenza)

Camera: Singola Doppia Tripla Matrimoniale

PRENOTAZIONI c/o il CENTRO :

camera SI Biancheria e pulizia esclusi Biancheria compresa

camper con servizi, docce elettricit  e acqua. potabile SI

ATTIVITA' FACOLTATIVE IN AGGIUNTA ALLE TERAPIE DEL METODO BERTELE'

SI NO

Se SI provvederemo a inviare il contatto del professionista responsabile.

OSSERVAZIONI (se si desiderano orari particolari per le terapie, abbinamenti nelle camere etc...)

ATTENZIONE: si accettano disdette per le terapie entro 21 giorni prima dallo svolgimento dell'evento. In caso contrario, se non per causa di forza maggiore, si applicher  una penale del 50% delle sedute prenotate.

INVIARE LA PRESENTE SCHEMA COMPILATA PER OGNI PARTECIPANTE A:

e-mail: indaco@fondazioneapostolo.it

whatsapp cell.: 339-1430851

Mod. 5 DATA _____

FIRMA