



## MODULO DI ISCRIZIONE - CORSO REGIONALE DI FORMAZIONE

La PHARMAMED s.r.l., partita IVA 02796000806, successivamente denominata *FORNITORE*

**E**

Area Studente

Il sig./a _____ nato/a a _____ (___) il _____ residente a _____ Via _____ n. _____ Cod. Fiscale _____ Mail _____ Cell.(alunno) _____ successivamente chiamato <i>FRUITORE</i>
---

Area Genitore / Tutore

Il signor/a _____ nato/a a _____ (___) il _____ residente a _____ Via _____ n. _____ Cod. Fiscale _____ Mail _____ Cell.(genitore / tutore) _____ successivamente chiamato <i>FRUITORE</i>
--

### CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

1. Il *FRUITORE* si obbliga a seguire uno dei seguenti corsi organizzati e tenuti dal *FORNITORE*:

#### TIPOLOGIE CORSI

- Corso di formazione - Fase invernale       Corso di formazione - Fase estiva

2. Il costo complessivo è di ..... € (.....//.....) ed  
il *FRUITORE* si obbliga a versare la predetta somma secondo una delle seguenti modalità di pagamento:

#### MODALITA' DI PAGAMENTO

- Unica Soluzione  
 Rateizzazione

#### METODO DI PAGAMENTO

- Pagamento Contante  
 Bonifico Bancario

#### DATI BONIFICO

- **INTESTAZIONE:** PHARMAMED
- **IBAN:** IT84 X030 6916 3551 0000 0005 542
- **CAUSALE:** Corso di formazione (NOME e COGNOME dello Studente)

#### RATEIZZAZIONE\*

- Corso Invernale:** Numero Rate.....; Importo Rate..... € - **SALDO:** entro Maggio 2020  
 **Corso Estivo:** Numero Rate.....; Importo Rate..... € - **SALDO:** entro Luglio 2020  
 **Corso Invernale + Corso Estivo:** Numero Rate.....; Importo Rate..... € - **SALDO:** entro Luglio 2020

\*Il pagamento delle singole rate deve avvenire entro il giorno 27 di ogni mese



3. Il *FORNITORE* ed il *FRUITORE* convengono che la frequenza al corso di formazione è subordinata al completo pagamento dello stesso secondo le modalità sopra pattuite.
4. In caso di esclusione, rinuncia, assenza, ritiro o per qualsiasi altra causa ostativa che impedisca al *FRUITORE* di poter frequentare il corso prescelto, il *FRUITORE* si obbliga in ogni caso a versare l'intero corrispettivo convenuto.
5. Il *FORNITORE* ed il *FRUITORE* convengono che per qualsiasi controversia relativa all'interpretazione, all'esecuzione, alla validità ed all'efficacia del presente contratto è competente il Tribunale di Siracusa.
6. Il *FRUITORE* dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.
7. Il *FRUITORE* dichiara di essere a conoscenza che i propri dati personali saranno utilizzati per finalità istituzionali e nel rispetto delle disposizioni vigenti, ai sensi dell'art. 13 del D.L.vo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche".

Data:

Firma *FORNITORE*

Firma *FRUITORE*

**SI APPROVANO ESPRESSAMENTE PER ISCRITTO LE SEGUENTI CLAUSOLE CONTRATTUALI:**

1. Il *FORNITORE* ed il *FRUITORE* convengono che la frequenza al corso di formazione è subordinata al completo pagamento dello stesso secondo le modalità sopra pattuite.
2. In caso di esclusione, rinuncia, assenza, ritiro o per qualsiasi altra causa ostativa che impedisca al *FRUITORE* di poter frequentare il corso prescelto, il *FRUITORE* si obbliga in ogni caso a versare l'intero corrispettivo convenuto.
3. Il *FORNITORE* ed il *FRUITORE* convengono che per qualsiasi controversia relativa all'interpretazione, all'esecuzione, alla validità ed all'efficacia del presente contratto è competente il Tribunale di Siracusa.

Data:

Firma *FORNITORE*

Firma *FRUITORE*

**N.B. Al modulo di iscrizione deve essere allegata la seguente documentazione del *FRUITORE*:**

- Documento di identità
- Codice Fiscale
- Eventuale Modello I.S.E.E.

## **TASSE FORMAZIONE 2019-2020**

**(ISEE: DM n.288 - 29/03/2019)**

Determinazione delle fasce di appartenenza, dello scaglione di reddito e dell'importo da pagare per l'iscrizione al corso di formazione per l'accesso al 1° anno dei corsi di laurea a numero programmato di ordine medico-sanitario, biologico-farmaceutico, ingegneria-architettura. A.A. 2019/2020

<i>Fascia</i>	<i>Scaglione di Reddito</i>	<i>Importo Complessivo</i>
1° fascia	$\leq 23508,78 \text{ €}$	1500,00 €
2° fascia	$> 23508,78 \text{ €}$	2000,00 €

*f.to IL PRESIDENTE*

*Dott. Dario Triolo*

*firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3, c. 2 D.Lgs. 29/93.*