

Pratica di attività motorie, ginniche, terapeutiche o della danza, (max. 4 più importanti)

Attività 1 _____ Attività 2 _____

Attività 3 _____ Attività 4 _____

Hai già preso delle lezioni di Pilates ?	Si	No
--	----	----

Istruttore/città dove hai fatto le tue lezioni o corsi di Pilates _____

Segna con un cerchio quante lezioni di Pilates fai alla settimana	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

Indica il tuo livello di preparazione:

Pilates

<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Avanzato
<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Avanzato
<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Avanzato
<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Avanzato
<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Avanzato

Indica i dati di altri corsi, lauree ed eventuali certificati da te ottenuti.

Dati per la fatturazione

compilare in stampatello (penna nera)

Ragione sociale / nome_cognome									
Cod. fiscale					Partita Iva / Tax #				
Codice SDI			Posta elettronica o posta certificata Pec				Regime agevolato		
							<input type="checkbox"/> reg.minimi <input type="checkbox"/> reg.forfettario		
Indirizzo / Address							Num. Civico / Number		
Città / City				Prov/StateCap / Zip code					

La quota di acconto non e' restituibile se non in caso di ricovero ospedaliero con certificato medico sanitario o annullamento da parte dell'accademia IWELLNESS PILATES ACADEMY del corso. Il saldo dovrà pervenire entro il termine massimo di sette giorni prima della data di inizio del programma. Il mancato pagamento della seconda parte comporterà la perdita del diritto a partecipare al programma e la quota versata a titolo di anticipo sarà trattenuta da IWELLNESS PILATES ACADEMY a titolo di risarcimento danni.

Firma estesa leggibile: _____ data _____