

MODULO DI ISCRIZIONE  
AI MASTER di OLISMOLOGIA  
(MASSAGGIO CURATIVO E CURE INTEGRATE – Metodo MAS.CUR.INT. ®)

(da inviare per posta normale o elettronica al Dott. Lorenzo Capello)

Il sottoscritto.....

Nato a.....il.....

Residente in.....via.....n°.....

tel/cell.....professione.....

e-mail.....P.IVA.....

Codice Fiscale.....

CHIEDE

di iscriversi al Master di OLISMOLOGIA (MAS.CUR.INT.®)