

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.®)