

# MAIN CENTER

## **CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA**

### MAIN CENTER

**Informazioni & iscrizioni**

#### **Segreteria Organizzativa**

Via Emilio De' Cavalieri, 7  
00198 - Roma

Tel. 06 8416498  
Fax 06 89281430

E-mail: [segreteria@artemisiaecm.it](mailto:segreteria@artemisiaecm.it)

**[www.artemisia.it](http://www.artemisia.it)**

**Con il patrocinio di**



*Prepararsi a vivere una meravigliosa  
avventura abbracciando il futuro.*



**Da SABATO 18 GENNAIO 2014**

**MAIN CENTER**

Viale Liegi, 45 - Roma  
[www.artemisia.it](http://www.artemisia.it)

## CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

Il corso, indirizzato alle future mamme e papà, inizia a partire dalla 28<sup>a</sup> settimana di gravidanza. È tenuto dalla **Dott.ssa Elisa Proietti - ostetrica**. È aperto ad un massimo di otto coppie.

Sono previsti 8 incontri di due ore ciascuno a cadenza settimanale il sabato mattina dalle 10.30 alle 12.30.

Il corso successivo si terrà dopo due mesi.

È consigliato un abbigliamento comodo.

### Modalità e costi di iscrizione

Il **costo del corso** è di  
**€ 250,00 IVA COMPRESA**

Il pagamento può essere effettuato in contanti o assegno il primo giorno di corso oppure tramite **Bonifico Bancario** intestato a:  
Artemisia ECM srl - Banca Intesa Sanpaolo - Roma  
IBAN: IT 46 H 03069 03227 100000006045  
Causale del Bonifico *Corso nascita Nome & Cognome partecipante*

Effettuato il bonifico inviarlo via fax al numero:  
06/89281430  
o via mail a [segreteria@artemisiaecm.it](mailto:segreteria@artemisiaecm.it) con i dati per l'emissione della ricevuta (Nominativo - indirizzo - Codice Fiscale o P. IVA).

È prevista una riduzione per chi ha effettuato una amniocentesi c/o il Main Center Artemisia. Il **costo del corso** è di **€ 200,00 IVA COMPRESA**.

## Scheda di Iscrizione

**MODULO DI ISCRIZIONE E FATTURAZIONE**  
Da inviare via fax al n. 06 89281430 oppure via e-mail a  
[segreteria@artemisiaecm.it](mailto:segreteria@artemisiaecm.it)

Nome: .....

Cognome: .....

Luogo e data di nascita: .....

Codice fiscale: .....

P.IVA: .....

Indirizzo di residenza: .....

C.a.p.: ..... Comune ..... Sigla provincia: .....

Tel.: .....

Cell.: .....

E-mail: .....

Ultima mestruazione: .....

Data presunta del parto: .....

## DATI FATTURAZIONE

Nome: .....

Cognome: .....

Codice fiscale: .....

P. IVA .....

Indirizzo: .....

C.A.P.: .....

Città: ..... Provincia: .....

Data: .....

Firma .....

AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.G.L. 30/06/2003 N° 196 ART. 183 SULLA PRIVACY. I DATI NON SARANNO NÉ DIFFUSI NÉ COMUNICATI A SOGGETTI DIVERSI DA QUELLI CHE CONCORRONO ALLA PRESTAZIONE DEI SERVIZI RICHIESTI.