

## **SCHEMA DI ADESIONE**

(da inviare entro il 30 settembre 2017)

Confermo la mia partecipazione al  
17° Convegno Nazionale di Floriterapia

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Nr. Tessera RIF \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Aderisco al buffet**